

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 86

LA PROFESSION DE
CHIRURGIEN-DENTISTE
DOIT ÊTRE EXERCÉE UNIQUEMENT

PAR DES
DOCTEURS EN MÉDECINE

LA STOMATOLOGIE SPÉCIALITÉ MÉDICALE

RÉFORME DE LA LOI DE 1892 (ARTICLE II)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Janvier 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ADRIEN COSTE

Chirurgien-Dentiste

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon,
Chef de Clinique de Stomatologie à l'Ecole Dentaire,
Décoré de la Croix de Guerre.*

né le 17 Novembre 1888, à Montfaucon (Haute-Loire)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1919

LA PROFESSION DE CHIRURGIEN-DENTISTE
DOIT ÊTRE EXERCÉE UNIQUEMENT
PAR DES DOCTEURS EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 86

LA PROFESSION DE
CHIRURGIEN-DENTISTE
DOIT ÊTRE EXERCÉE UNIQUEMENT

PAR DES
DOCTEURS EN MÉDECINE

LA STOMATOLOGIE SPÉCIALITÉ MÉDICALE

RÉFORME DE LA LOI DE 1892 (ARTICLE II)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Janvier 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ADRIEN COSTE

Chirurgien-Dentiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon,

Chef de Clinique de Stomatologie à l'Ecole Dentaire,

Décoré de la Croix de Guerre.

né le 17 Novembre 1888, à Montfaucon (Haute-Loire)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RÉRARD.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie.	LÉPINE (J.).
Chimie biologique	WEILL.
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	X.
Pathologie et Thérapeutiques générales.	POLICARD.
Anatomie pathologique	DOYON.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING (F.).
Pharmacologie	Et. MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X.	
Déontologie et médecine professionnelle	X.	
Stomatologie	J. TELLIER	

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR,
LAROYENNE	THEVENOT Léon	FROMENT	chargé des fonctions.
VORON	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT,
NOGIER	CADE.	PIERY	chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.

Et. MARTIN, président; WALLAS, assesseur; CADE, FROMENT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Que la mort m'a enlevé le 19 Décembre 1914, alors que, Médecin auxiliaire au 22^e Bataillon de Chasseurs Alpins, je ne pouvais abandonner mes camarades de combat. Il eut été si fier d'assister au couronnement de mes études.

Je ne puis que pleurer cette fatalité qui m'enlève cette satisfaction si légitime.

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon éternelle reconnaissance et de ma grande piété filiale.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LAURENT

Tombé au Champ d'Honneur le 6 septembre 1914, en Martyr et en Héros.

Que son souvenir soit à jamais béni !

A MES SOEURS

Qui furent toujours pour moi
affectueuses et dévouées.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE MARTIN

*Professeur de Médecine légale
à l'Université de Lyon.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN TELLIER

*Ancien interne des Hôpitaux
Chargé de Cours de Stomatologie
à la Faculté de Médecine de Lyon*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. PONT

*Ancien interne des Hôpitaux
Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE ROBIN

*Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Professeur d'orthodontie à l'Ecole française de Stomatologie
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MES MAITRES

*de la Faculté de Médecine
et de l'Ecole dentaire
de Lyon*

A MES JUGES

INTRODUCTION

INTRODUCTION

« On ne peut concevoir davantage que le titre de Docteur en Médecine ne soit pas exigé pour un Chirurgien-dentiste qu'on ne le concevrait pour un laryngologiste, un médecin-accoucheur, un dermatologiste, etc..., en un mot pour toute spécialité médicale. Le diplôme de Chirurgien-dentiste, institué par la loi du 30 Novembre 1892, est donc un titre provisoire dont l'existence est éphémère. A la longue nous obtiendrons sa suppression ».

Une telle assertion, faite dans son cours, par M. le Professeur Etienne Martin, et reproduite dans son traité de Déontologie, nous a déterminé dans l'intention que nous avons de faire notre thèse sur la nécessité qui s'impose aujourd'hui pour exercer la profession de Chirurgien-dentiste, d'être Docteur en Médecine.

C'est pour avoir reconnu, au cours de notre instruction reçue à l'Ecole dentaire de Lyon, les corrélations intimes qu'il y a entre les affections de la bouche, le système maxillo-dento-facial et l'orga-

nisme tout entier, qu'après avoir passé en 1910 notre diplôme de Chirurgien-dentiste, nous avons entrepris notre médecine. Nos études ont été interrompues par ce terrible fléau qu'est la guerre. Nous avons été rappelé au mois de janvier dernier par les soins de l'autorité militaire pour les reprendre et les terminer. Nous avons eu l'honneur et l'avantage d'être aimablement accueilli comme Médecin aide-major de 1^{re} classe au service de stomatologie d'Armée par notre Maître le D^r Pont, Médecin-chef, et M. le D^r Desgouttes, Chirurgien des Hôpitaux. Aujourd'hui, chef de Clinique de stomatologie à l'Ecole dentaire, nous croyons être autorisé, aux termes de nos études de Médecine générale, à soutenir notre thèse, déjà admise par beaucoup.

Nos arguments seront : scientifiques, historiques, d'ordre professionnel et législatifs. Dans un dernier chapitre nous étudierons la question de l'enseignement de la stomatologie et nous nous efforcerons de conclure.

Pour mener à bien un tel travail, les conseils et les avis les plus autorisés nous étaient nécessaires.

Notre maître, le D^r Julien Tellier, a bien voulu nous aider de sa haute valeur professionnelle et nous guider dans notre argumentation scientifique. Il a mis très aimablement à notre disposition sa bibliothèque richement pourvue.

A sa consultation de la Charité, comme à celle de l'Hôtel-Dieu, nous avons beaucoup appris. Et pour

rendre un juste hommage à la valeur de son enseignement clinique, nous rapporterons ici cette réflexion toute spontanée d'un camarade, aujourd'hui médecin, au sortir d'une consultation dite dentaire, mais stomatologique en fait, de l'Hôtel-Dieu : « J'ai été surpris, me dit-il, de voir le D^r Tellier en examinant la bouche des malades ne pas se limiter exclusivement aux dents. J'ai été non moins impressionné par les corrélations qu'il établit d'une façon très vraisemblable, entre ce qu'il appelle la septicité buccale et l'état général d'un malade. Je ne croyais pas vraiment que la stomatologie fût ce qu'elle est ».

Que le D^r J. Tellier veuille bien nous permettre de rappeler ici la mémoire de son frère, le D^r Camille Tellier, auquel nous devons beaucoup d'avoir fait notre médecine, et qu'il veuille bien recevoir le témoignage de notre affectueuse et profonde reconnaissance.

Les travaux bien connus de notre maître, le D^r Pont, disent aussi à quels points nous devons être heureux d'avoir profité de son enseignement comme élève à l'Ecole dentaire et comme assistant à son service de stomatologie. Il fut pour nous un ami autant qu'un maître. C'est dire toute la reconnaissance dont nous lui sommes redevable.

Les questions législatives envisagées dans notre thèse étaient trop importantes, pour que nous ne fassions pas appel à un maître en la matière. M. le Professeur E. Martin a bien voulu nous guider dans notre travail, l'inspirer en grande partie et l'étayer

ainsi de sa haute compétence et de sa grande autorité. Ayant accepté la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien agréer nos vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

Nous rappelons ici la mémoire de M. le Professeur Jaboulay, celui que la Ville de Lyon tout entière s'honore d'avoir compté parmi ses plus grands savants et ses chirurgiens les plus éminents. Nous eûmes la grande satisfaction de suivre ses cliniques si appréciées.

Nous témoignons à M. le Professeur Bérard, au service duquel nous fûmes stagiaire, notre profonde gratitude pour le dévouement qu'il montra au chevet de notre pauvre père, alors que nous étions retenu dans la tranchée.

Nous sommes reconnaissant à M. le Professeur Fabre d'avoir bien voulu nous permettre d'étudier dans son service un cas de bec-de-lièvre, auquel nous fîmes une prothèse.

À tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine et de l'Ecole dentaire, à tous nos anciens Chefs militaires, nous adressons notre respectueuse reconnaissance pour leur aimable accueil et leur bienveillance à notre égard.

À vous chers camarades d'études et de combat l'assurance de l'inaltérable cordialité qui nous unit au cours de nos études comme au travers des pires dangers.

M. le professeur Pierre Robin, de l'Ecole française de Stomatologie de Paris, stomatologiste des Hôpi-

taux, a bien voulu nous accueillir et nous encourager de ses conseils aussi sages qu'autorisés. Nous nous efforcerons de les suivre. Nous sommes heureux de rapporter ici, pour qu'il serve de directive à ceux qui nous feront l'honneur de nous lire, le conseil qui a guidé l'esprit de ce travail :

« La vérité est dans la science, jamais dans l'opinion des hommes ; voilà la synthèse de mon opinion, et je crois qu'en suivant cette maxime, vous resterez juste. »

1°) ARGUMENTS

SCIENTIFIQUES

ARGUMENTS SCIENTIFIQUES

I) L'art dentaire. — Définition. — Objet. — Limites.

II) La Stomatologie. — Définition. — Objet. — Limites.

III) Rapports entre $\left\{ \begin{array}{l} \text{La bouche ; le système den-} \\ \text{taire ; le système maxillo} \\ \text{dento-facial et l'organis-} \\ \text{me tout entier.} \end{array} \right.$

A) Rapports d'**Anatomie**
et de **Physiologie** comparées :

- 1° Dans les *différentes espèces animales* : ruminants, carnivores, omnivores (homme), oiseaux.
- 2° Chez un *individu d'une même espèce*. Ces rapports varient avec : l'âge, l'importance de la mastication, l'importance de la respiration nasale.

B) Rapports de **Pathologie**
et **Thérapeutique** médico-chirurgicale

- 1° Affections de la *muqueuse buccale* dans les maladies générales.
- 2° Affections des dents « *la carie dentaire* » dans leurs rapports avec l'état général.
- 3° La *Septicité bucco-dentaire* cause d'affections locales et générales.

1°) ARGUMENTS SCIENTIFIQUES

Pour comprendre l'exposé des raisons scientifiques et autres qui font de la « *stomatologie* » une vraie spécialité de l'art de guérir, il importe que nous ne la confondions pas avec « *l'art dentaire* » proprement dit que nous définirons d'abord en montrant son objet et ses limites ; nous ferons de même pour la stomatologie qui en dérive et qui l'englobe tout entier.

a) L'Art dentaire

Définition, limites, objet. — « L'art dentaire » ou « odontologie » est cette spécialité qui, exercée par le « dentiste » ou « odontologiste », s'occupe plus particulièrement du soin des dents et de leur remplacement.

Son histoire nous apprendra comment, en France au moins, la tempête révolutionnaire rendant libres toutes les professions, fit que l'art dentaire se détacha, par le fait de quelques hommes et par l'erreur

d'une législation coupable, de la médecine générale à laquelle elle était intimement liée.

Qu'il nous suffise pour l'instant de savoir que cet « art dentaire » exercé librement après la révolution, fut réglementé en 1892 par un diplôme : celui de Chirurgien-Dentiste (analogue à celui de sage-femme institué par la même loi).

Dentistes diplômés ou non exercent donc dès lors l'art dentaire en se réclamant de « l'autonomie » de leur profession qui, prétendent-ils, ne touche pas sensiblement à la médecine générale, d'où il est parfaitement inutile d'être médecin pour être dentiste. Ils considèrent la partie *clinique* comme très secondaire à la partie *mécanique* ou *prothétique* de leur art : la *prothèse* est l'élément principal de la dentisterie. « Donc pour être dentiste, disent-ils, être mécanicien d'abord. Exiger le Doctorat en Médecine est un non-sens, une utopie ! »

D'autre part, la dent est pour les dentistes un organe isolé dans l'organisme, indépendant des autres tissus et ayant son évolution, sa pathologie, sa thérapeutique propres. « La dent est un organe *autonome*. »

Cette théorie autonomiste est malheureusement bien fausse ; car il suffit de rappeler, et tous le savent déjà, *qu'on peut mourir d'une dent*, pour en être vite convaincu. — Le traitement d'une dent engage donc au plus haut point la responsabilité de celui qui la soigne ; nous en verrons les preuves cliniques et scientifiques. Quant aux preuves légis-

latives elles se résument dans ce fait que la loi de 1892 a conféré aux dentistes le titre de chirurgien, et le droit de faire des anesthésies locales et générales, comme de formuler des ordonnances.

Le dentiste, qu'il le veuille ou non, fait donc actes de médecin à tous moments de l'exercice de sa profession. Il est donc avant tout un *Clinicien*.

Le dentiste est en outre un *orthopédiste*. Après avoir comme chirurgien préparé le membre amputé (des dents ou les maxillaires) à recevoir une prothèse, s'il ne fait pas lui-même sa prothèse (ce qui est en fait le plus souvent), il la met en bouche. C'est qu'il se trouve que la prothèse dentaire est particulièrement minutieuse : elle doit reposer sur une muqueuse, c'est-à-dire sur un tissu fragile et particulièrement susceptible. Il faut que le côté clinique de cette prothèse, l'emporte sur le côté purement manuel. Le dentiste fait donc de l'*orthopédie clinique* avant d'être un simple manœuvre, ce que doit être à l'atelier, son *mécanicien*.

En matière de prothèse, le dentiste fait encore actes de *médecin*. Or combien de praticiens ignorent les relations de cause à effet de la sépticité buccale et des infections locales et générales et ne voient pas les conséquences fâcheuses de prothèses (en or bien souvent, c'est-à-dire très onéreuses pour le patient), faites dans des bouches mal préparées ou sur des racines encore infectées si non fistulisées ?

Écoutons à ce sujet ce qui a pu être dit par un autonomiste :

« Le *Dentiste*, je ne veux pas généraliser, mais pris dans une forte proportion, quand il fait ouvrir la bouche de son patient, cherche d'abord les cavités à obturer, la couronne à placer, et les appareils de prothèse à établir — si quelque racine ou chicot pas trop délabré attirent son attention, il en conseillera l'extraction presque toujours dans un but un peu égoïste, pour faciliter les interventions, mais trop peu souvent dans un but prophylactique. Que de travaux sont entrepris dans les bouches sous forme d'aurifications, couronnes, ponts, etc., et après vingt séances le malade consciencieusement aurifié, couronné, etc., l'âme en paix, n'en conserve pas moins une pyorrhée aveuglante, une irritation chronique des gencives, des dépôts de tartre considérables ; trop souvent l'appareil de prothèse réclamé par un patient qui se plaint de ne plus pouvoir mâcher ses aliments, pêche par la base. Le malade souffre depuis longtemps de troubles gastro-intestinaux, son état de santé générale est mauvais, et que voyons-nous ? Un dentier reposant sur une demi-douzaine de racines suppurant, qui sont le siège d'une périodontite chronique avec fistules, etc., l'appareil s'appuie sur des crochets, sur des dents déchaussées, branlantes, atteintes de pyorrhée alvéolaire depuis des années... Non seulement nous n'attachons pas l'importance qu'il faut à ces désordres, en tant que facteurs de désordres locaux, mais nous fermons les yeux sur leurs répercussions peu profondes intéressant l'organisme tout

entier... Il n'est pas douteux que la multiplicité des observations et des expériences futures finiront par nous éduquer suffisamment pour que la lutte contre la septicité buccale devienne dans l'exercice de notre profession le premier de nos devoirs (1) ».

Voilà ce que sont parfois et ce que peuvent être des *dentistes non médecins*. — Contre cet état de choses, et de telles possibilités, s'élève toute une génération nouvelle, celle des stomatologistes. Ils veulent *l'Art dentaire aux médecins* dans son sens le plus large, c'est-à-dire comme englobant la partie médico-chirurgicale de la bouche (dents comprises) et des tissus environnants, ainsi que la prothèse dentaire. C'est ce que nous allons définir dans la *stomatologie*.

b) La Stomatologie

Définition. — Limites et Objet. — Le stomatologiste lui, avant d'être un dentiste orthopédiste, est d'abord un *clinicien*, c'est-à-dire un médecin spécialisé. Il ne regarde pas que la dent ; mais toute la cavité buccale et ses dépendances. Le côté et le souci médico-chirurgical en rapport avec l'état général priment chez lui le souci orthopédique ou mécani-

(1) Communication faite à l'Association des Dentistes du Rhône, le 17 février 1913, par Ch. Fleischmann.

que qu'il n'envisage que secondairement, s'il y a lieu. Il fera donc de la prophylaxie des infections locales ou générales avant de songer à la prothèse restauratrice. Il sera le chirurgien qui, par un curetage, une amputation, prépare le membre à l'adaptation d'une prothèse par l'orthopédiste.

Or, il se trouve que la prothèse dentaire, vu son application minutieuse et délicate, doit faire partie de la compétence du « Dentiste » ou mieux du Stomatologiste comme étant une branche inséparable de « l'art dentaire », ou mieux de la stomatologie.

Après Andrieu qui la définit le premier en 1868, Magitot définit la *stomatologie* : « L'Histoire de la bouche et de ses maladies. Elle est à la cavité buccale ce qu'est l'ophtalmologie à la cavité orbitaire. Or la cavité buccale ne constitue-t-elle pas une région exactement limitée dont toutes les parties se tiennent dans une dépendance et une solidarité complètes ? » Et il traduit les relations étroites entre les affections buccales et générales (stomatites et diabète) ou entre les affections buccales et leurs complications graves (phlegmons périmaxillaires, angines de Ludwig, sinusites, etc.). Il cite aussi comme se rattachant à la stomatologie le tic douloureux de la face « cette maladie si rebelle et si terrible qu'elle désespère le médecin et conduit le malade au suicide » et il conclut :

« Est-il enfin suffisamment démontré que la stomatologie est une spécialité médicale nettement définie et tout à fait légitime et que dès lors le stoma-

tologiste est et ne saurait être qu'un médecin ? Cette démonstration était notre but ».

Et Cruet complète d'une façon magistrale cette définition : « La stomatologie comprend tout naturellement, comme l'indique son étymologie, l'étude de toutes les maladies de la bouche aussi bien que toutes les particularités anatomiques et physiologiques de cette région ; mais, et c'est là le point sur lequel il faut insister, elle ne peut être en aucun cas exclusive des connaissances générales en médecine et en chirurgie. Il faut dire encore plus, c'est qu'elle n'existe pas et ne se conçoit pas sans cette connaissance totale, car, sinon, comment pourrait-on la considérer, ce qui est notre prétention absolue, comme une branche de la médecine ? Mais, et ceci n'est pas moins important, la stomatologie étant considérée comme le développement, L'ÉPANOUISSEMENT de l'art dentaire ou de l'odontologie, il apparaît aussi indispensable que les dents et le système dentaire doivent rester le centre et l'objet principal de nos préoccupations. La stomatologie ainsi définie n'est ni en contradiction avec l'art dentaire, ni placée en dehors, ni en deçà, ni au-delà ; elle l'absorbe tout entier, le renforce, l'étend, lui ajoute tous ses titres scientifiques et ses dignités, c'est-à-dire lui apporte tout ce que les travaux anciens et modernes ont ajouté à la notion des rapports du système dentaire et de la bouche avec les parties voisines, avec l'organisme tout entier, avec l'anatomie et la pathologie générale. La stomatologie fait entrer dans la méde-

cine ce qui en avait été arbitrairement séparé. Elle étend l'action thérapeutique indivisible du dentiste en lui substituant le stomatologiste, c'est-à-dire un médecin qui a le droit d'intervention dans la mesure où il le juge convenable non seulement sur les dents, mais sur toute la région buccale ; qui a non seulement le droit, mais le devoir de connaître tous les accidents d'origine dentaire, toutes les maladies de la bouche et des régions voisines, et n'impose à son action que les limites commandées par l'usage et les convenances propres de chacun. Le stomatologiste revendique, en un mot, les droits de tout spécialiste, c'est-à-dire tous les droits du Médecin qu'il est et qu'il veut être ».

En reproduisant ici, à peu près textuellement, les définitions de la stomatologie par Magitot et Cruet, nous ne pouvions rendre un plus juste hommage à ces deux maîtres qui ont étayé d'un rude labeur l'idée de la stomatologie.

Pour compléter notre exposé sur la stomatologie, nous ne pouvons mieux faire que d'acquiescer au désir du D^r Allaëys, d'Anvers, en reproduisant ici *in extenso* le *Décalogue stomatologique*. Il donne une définition exacte de la stomatologie, en fixe les limites et cela sur l'avis unanime et d'après les conclusions et les vœux adoptés par 200 membres participants à la première session, à Paris, en 1907, de l'Association Stomatologique Internationale (A.S.I.).

Toutefois une réserve est à faire, avec Cruet, concernant les limites pour le stomatologiste de la chi-

rurgie buccale et péri-buccale : « Le stomatologiste doit de toute nécessité connaître les indications, le moment, l'opportunité, les conséquences probables et les résultats thérapeutiques des opérations chirurgicales ; mais cela ne veut pas dire qu'il doit les faire, et surtout qu'il peut les faire ; car il semble certain que non. Mais comme ces opérations ont généralement des conséquences prothétiques qui appellent le stomatologiste, celui-ci ne doit rien ignorer de leur gravité ; et aussi pour cette autre raison que les malades qui ne savent jamais l'étendue de leur mal, vont souvent d'abord chez le stomatologiste, obligé de faire le premier diagnostic. Il doit donc en saisir tous les éléments et donner au besoin des renseignements au chirurgien » (1).

(1) Stomatologie et Chirurgie par Cruët (*Revue de Stomatologie*, Mai 1913).

PRINCIPES STOMATOLOGIQUES FONDAMENTAUX,

OU

« DÉCALOGUE STOMATOLOGIQUE »

d'après les conclusions et les vœux votés par

l'Association Stomatologique Internationale (A. S. I.).

1. Il est nécessaire, *d'une façon absolue*, pour pratiquer la stomatologie, telle qu'elle doit être comprise, de posséder les connaissances médicales générales, en d'autres mots *d'être médecin*.

2. La *Stomatologie* est la science qui a pour objet toutes les questions relatives à la bouche et à ses annexes : à ses conditions normales, à ses anomalies, à ses maladies, aux opérations chirurgicales, prothétiques ou orthopédiques qui s'y pratiquent.

3. La Stomatologie, comprend *implicitement* l'Odontologie ou histoire normale ou pathologique de l'appareil dentaire, qui fait partie intégrante de la cavité buccale et n'en est *pratiquement pas* séparable.

4. L'Odontologie n'existe donc *pas à côté* de la stomatologie, mais elle n'en forme qu'une partie : il est par conséquent superflu et même illogique d'écrire « *Stomatologie (Odontologie)* » ou « *Odontologie et Stomatologie* », puisque l'un des termes comprend l'autre.

5. La Stomatologie, ainsi définie, est le *seul* nom réel et logique de la spécialité bucco-dentaire, y compris la thérapeutique prothétique.

6. Au terme « *Stomatologie* », seul titre exact et logique de la spécialité bucco-dentaire, y compris le traitement prothétique, correspond nécessairement au terme « *Stomatologiste* », qui lui est le seul titre adéquat du spécialiste de la région bucco-dentaire.

Le terme « médecin-dentiste » constitue un titre incomplet, qui prête à confusion et ne désigne, pratiquement parlant, nullement le médecin qui pratique la spécialité stomatologique ou même simplement dentaire.

7. La région stomatologique se délimite en haut par le sinus maxillaire inclusivement, en bas par la limite inférieure de la région sus-hyoïdienne et en arrière par la limite antérieure du pharynx.

8. La chirurgie buccale et péri-buccale fait normalement partie du domaine du stomatologiste. Il est, en conséquence, à souhaiter de voir les stomatologistes, dans l'avenir, s'évertuer de plus en plus à pratiquer eux-mêmes, dans l'intérêt du patient, cette partie importante de la spécialité stomatologique, et de voir nos Facultés, Instituts ou Ecoles d'enseignement ou de perfectionnement stomatologique organiser également et *d'une manière complète*, théorique et pratique, l'enseignement de la chirurgie buccale et péri-buccale pour tous les futurs médecins stomatologistes.

9. Il résulte de ce qui précède qu'il doit, dans l'intérêt de la santé publique, être défendu, *d'une façon absolue*, aux mécaniciens-dentistes de faire une intervention quelconque, fut-elle prothétique, *sur la personne du patient*.

10. Tous les Stomatologistes, vraiment dignes de ce nom, adopteront ces principes stomatologiques. Ils s'évertueront, de toutes leurs forces et de toutes manières, à répandre, dans le public médical et autre, ces définitions exactes. Ils s'efforceront, en outre, de plus en plus et toujours, de réaliser ces vœux, c'est-à-dire que pour eux-mêmes, pour leur cabinet, leurs services hospitaliers, leur plaque, leurs cartes de visite, leurs papiers d'honoraires et à recettes, etc., comme pour leurs Instituts d'enseignement, Ecoles, Cliniques, etc., ils adopteront ou exigeront les titres *Stomatologiste* (en Flamand : *Mondarts*) et *Stomatologie* (en Flamand : *Mondheekunde*), à l'exclusion de tout autre.

A titre temporaire toutefois, et seulement là où la chose serait jugée utile ou absolument nécessaire pour l'éducation du public, le terme « stomatologie » pourrait être accompagné, entre parenthèses, des mots : (maladies de la bouche et des dents).

**c) Rapports entre la bouche,
le système dentaire,
le système maxillo-dento-facial
et l'organisme tout entier.**

**I°) Rapports d'anatomie
et de physiologie comparées.**

Les découvertes anatomo-physiologiques modernes expliquent la forme, le nombre, le rôle des dents, etc... leur dynamique suivant la variété d'articulations selon qu'on les compare :

- a) dans les différentes espèces animales ou
- b) chez un individu d'une même espèce, chez l'homme en particulier.

a) *Rapports dans les différentes espèces animales.*
— Les recherches de ces rapports répondent aux principes évolutifs établis par les travaux immortels de Lamarck, entre la fonction et l'organe.

Etudions avec Pierre Robin, dans sa première conférence de stomatologie à l'Hôtel-Dieu, à Paris (8 novembre 1907) les différentes espèces d'animaux dans les rapports qui lient leur alimentation, leur

dentition avec leur tube digestif, nous arriverons à des conclusions très intéressantes.

« Chez les *ruminants*, où la mastication se fait en deux temps très distincts, la dentition présente une particularité importante ; les incisives n'existent qu'au maxillaire inférieur et servent à pincer l'herbe entre un cartilage supérieur, remplaçant les incisives qui manquent (les ruminants ne peuvent donc pas mordre).

Après avoir pincé l'herbe, qui est brisée par un mouvement de tête, l'animal la déglutit dans une double poche de son estomac spécial. Cette herbe sera régurgitée plus tard et broyée alors entre les molaires qui sont taillées comme des meules, forme éminemment propre à rompre les enveloppes de celluloses qui constituent les parois des cellules contenant les principes nutritifs. Après un court séjour dans l'estomac double, où il se chargent de suc stomacal acide sécrété par la caillette, les aliments fluidifiés passent dans l'intestin. Ce dernier organe est également en rapport avec les aliments qu'il lui faut digérer. Ces derniers sont crus et souvent durs, aussi est-il nécessaire que le tube digestif soit très long.

— Chez les *Carnivores* les dents sont coupantes afin de pouvoir sectionner les os et la chair.

Pour attaquer et tuer plus sûrement leurs victimes, les carnivores ont des canines pointues et longues qui sont des armes redoutables. Tandis que tout à l'heure l'articulation temporomaxillaire permettait à la mâchoire inférieure de se déplacer latéralement

pour meuler les aliments, nous voyons les condyles, chez les carnivores, prendre une forme telle que les mouvements de latéralité deviennent impossibles, disposition favorable pour couper les chairs. La digestion des matières albuminoïdes étant rapide, les carnivores ont un estomac peu volumineux et un intestin court où les aliments séjournent peu.

— Chez les *omnivores* nous trouvons des dents construites à la fois pour meuler et couper, tandis que l'estomac, tout en restant simple, acquiert un volume plus grand que chez les carnivores, les aliments y séjournent plus longtemps que chez ces derniers sans cependant être régurgités comme chez les ruminants. La longueur de l'intestin des omnivores tient aussi l'intermédiaire entre celle des carnivores et des ruminants. L'articulation temporo-maxillaire permet les mouvements de circumduction de la mâchoire inférieure, qui sont la combinaison des mouvements de latéralité chez les ruminants et de parallélisme chez les carnivores.

— Les *vertébrés* nous offrent enfin une classe d'animaux qui sont dépourvus de dents au moins chez les espèces connues actuellement. Je veux parler des *oiseaux*. Chez ces derniers si les dents manquent, nous voyons leur estomac se diviser en deux poches : le ventricule succenturié où les aliments se chargent de suc gastrique, tandis que le gésier les triture et les écrase entre les cailloux avalés en même temps avant qu'ils ne passent dans l'intestin qui est en général court.

Ces seules considérations nous permettent d'établir la synergie évolutive des dents avec le reste de l'organisme. Les dents n'échappent pas à la loi des synergies fonctionnelles qui relient tous les organes des êtres vivants entre eux ».

b) *Rapports chez un individu d'une même espèce, chez l'homme en particulier.* — Ces rapports varient :

1° *Avec l'âge.* — Chez l'homme nous voyons se succéder deux dentitions : la dentition temporaire et la dentition permanente ; celle-là faisant place à celle-ci dans les premières années de la vie entre 6 et 12 ans, et la dent de sagesse n'évoluant qu'à 17 ou 18 ans, quelquefois bien plus tard.

2° *Avec l'importance de la mastication.* — Le nombre des dents passe de 20 à 32, il paraît donc en rapport direct avec le besoin de mastiquer qui s'accroît proportionnellement aux exigences de l'organisme tout entier. Mais que ces besoins diminuent au cours des âges, c'est-à-dire que la fonction tend à disparaître, l'organe tendra à disparaître « si la fonction crée l'organe, inversement l'organe disparaît avec la fonction ». C'est ainsi que dans la race humaine nous constatons que le système dentaire est en régression (Thèse du Dr Vichot, Lyon, 1911). Cette évolution régressive frappe, soit certaines dents, de préférence la dent de sagesse inférieure et l'incisive latérale supérieure (le plus souvent à

gauche), soit les maxillaires qui diminuent de volume donnant des atrésies et des malpositions dentaires. Elle paraît être en relation avec le degré de civilisation qui fournit à l'homme une alimentation exigeant des efforts de mastication de moins en moins considérables.

Toutefois nous devons ajouter, pour être complets, que d'après des travaux tout récents (1), de multiples observations auraient démontré qu'il s'agirait d'hérédosyphilis ; que cette anomalie de régression dentaire serait comme les autres manifestement héréditaire ; qu'elle tendrait à constituer un type spécial de dentition dans certaines races ou familles (protrusion du maxillaire inférieur chez les Habsbourg ou prognathisme familial). Ces anomalies auraient donc une origine pathologique, mais sans nier toutefois qu'elles paraissent être en relation avec le genre de vie et de degré de dégénérescence de l'individu.

3° *Avec l'importance de la respiration nasale.* — Le massif maxillo-dento-facial, constitue cet ensemble d'os et de tissus qui forment et limitent deux orifices essentiels, l'*orifice nasal*, l'*orifice buccal*.

C'est par eux que nous absorbons les éléments nécessaires à notre subsistance : les aliments et l'oxygène.

(1) Etude de la morphologie maxillo-dento-faciale et des méthodes appliquées à la réduction de ses irrégularités. (Thèse de Faconnier, Paris 1915).

On sait que chez les animaux, les voies aériennes supérieures et le pharynx ne communiquent pas ; c'est ce qui permet par exemple, en saisissant un cheval emballé par le naseau, de l'arrêter en lui provoquant une asphyxie momentanée. — Chez l'homme les voies aériennes supérieures et les voies digestives supérieures communiquent par le naso-pharynx ; si bien qu'il peut s'établir, à la suite de l'insuffisance d'un de ces orifices, un phénomène de compensation, d'équilibre. C'est ce qui se passe dans l'insuffisance de l'orifice nasal qui entraîne parallèlement une insuffisance de l'orifice buccal.

1° *Insuffisance de l'orifice nasal.* — Lorsqu'un homme voit s'installer dans son nez une gêne à l'entrée de l'air, que fait-il ? Il ouvre la bouche, et respire par elle. — Or les causes de cette gêne sont multiples ; un simple coryza amenant une inflammation suffisante de la pituitaire, l'hypertrophie des cornets, la déviation du septum nasal, les polypes du nez, les végétations adénoïdes, l'hypertrophie des amygdales, etc... pour ne citer que les causes les plus connues. — Le nez étant obstrué plus ou moins complètement, son rôle physiologique sera supprimé proportionnellement. Or ce rôle est d'autant plus important qu'il intéresse ou surprend un organisme en période de plus grande activité de développement ou de croissance.

a) *Chez un individu normalement développé* l'air se réchauffe dans les fosses nasales, il s'y purifie,

s'y humidifie, il excite la pituitaire et par réflexe suscite les mouvements respiratoires, d'où cette sensation bien connue d'asphyxie à l'occasion d'un coryza. La voie normale du passage de l'air est donc le nez, les fosses nasales et non point la bouche et le pharynx.

b) *Chez l'individu en voie de croissance.* — Chez l'enfant en particulier, le nez a, en outre des fonctions physiologiques ci-dessus, un rôle important, non seulement sur le développement du massif maxillo-dento-facial, mais encore sur le développement général. Cette influence peut être considérée comme d'autant plus grande que l'enfant respire bien plus souvent que l'adulte : le nouveau-né respire 44 fois par minute, l'adulte 16 fois. D'ailleurs la physiologie nous enseigne que : le nombre des respirations comme celui des battements du cœur est en raison inverse de la taille des animaux.

L'air en passant dans les fosses nasales entretient dans ces cavités et les tissus voisins une certaine pression, qui n'est pas sans jouer un rôle important sur le développement des os rentrant dans la constitution de ces cavités. Que cette pression diminue, nous verrons s'installer des atrésies du maxillaire supérieur avec prognatisme apparent sinon réel du maxillaire inférieur ; une élévation de la voûte palatine (voûte en ogive) ; une dentition dès lors trop grande pour une arcade dentaire trop petite (sur-dents), un maxillaire supérieur ou inférieur trop

ou pas assez développé (d'où profil parfois très défectueux).

Au point de vue général, l'enfant, d'après les grandes lois de l'équilibre, mettra son poumon en équilibre avec sa capacité respiratoire supérieure. Il se tiendra mal, se voûtera, réduira sa cage thoracique dans les mêmes rapports que la réduction de ses voies nasales (d'où prédisposition à la tuberculose). Un équilibre anormal, anatomo-physiologique cependant, s'installera donc entre les voies aériennes supérieures et les voies aériennes inférieures. De cet état anatomo-physiologique défectueux découlera souvent un état pathologique grave. Nous ne pouvons pas en étudier ici les manifestations cliniques et les moyens thérapeutiques.

Cette étude nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de signaler que l'*orthodontie* est cette branche de la stomatologie qui s'occupe plus particulièrement d'agir sur le massif maxillo-dento-facial, pour en corriger les anomalies ou les défauts de développement et rétablir le plus possible les fonctions normales de respiration, de mastication. Aussi agit-elle par contre-coup sur le développement de l'organisme tout entier.

Mais l'orthodontie est encore une *science médicale* : « Cette branche de la stomatologie, nous dit Fauconnier (1) semble pour certains praticiens être limitée à l'odontologie pure, mais ils méconnaissent

1) Thèse de Fauconnier (Loc. cit.)

ce qu'en orthodontie on peut retirer des études d'anatomie, de physiologie, de morphologie.

La connaissance du développement et de l'architecture du massif facial, la cause première des irrégularités, le retentissement de l'anomalie d'une région sur une autre, toutes ces considérations furent étrangères aux premiers empiriques qui ne voyaient que l'ectopie dentaire pure et simple, ignorant qu'elle résulte d'un enchaînement de causes sur lesquelles on doit porter une action sûre pour faire une opération rationnelle ».

Il convient d'ajouter que les connaissances d'embryologie, d'hérédité, de pathologie, de clinique, de thérapeutique seront également d'un intérêt primordial et d'une nécessité évidente pour l'orthodontiste.

2° *Insuffisance de l'orifice buccal.* — L'insuffisance respiratoire par les fosses nasales entraîne des troubles de nutrition par insuffisance physiologique buccale.

Prenons un enfant qui a de l'obstruction nasale ; lorsqu'il mange il est obligé de respirer en même temps par la bouche. Il est dans le cas d'une personne qui, essouffée, essaye de manger. Pour suffire à ses besoins respiratoires elle escamote la mastication de ses aliments, c'est-à-dire le premier temps essentiel à une bonne digestion. L'enfant mastiquera donc mal et d'autant plus que l'engrainement de ses dents est le plus souvent défectueux (malpositions

dentaires). D'autre part, il avale de l'air, d'où aéro-phagie, troubles dyspeptiques consécutifs, mauvaise nutrition, mauvaise assimilation. — On prévoit donc les conséquences pathologiques parfois graves qui peuvent en résulter. Elles engagent la responsabilité du médecin ou du dentiste qui, par indifférence ou par ignorance, ne fait rien.

L'orthodontie peut quelque chose. Elle est un terrain d'action ouvert à la sagacité des chercheurs, qui doivent être stomatologistes c'est-à-dire médecins avant tout.

Cette étude nous donne bien une preuve scientifique d'histoire naturelle, que, chez plusieurs espèces ou chez un même individu, les organes ou systèmes sont au point de vue de leur structure anatomique, de leur rôle physiologique, de leur nombre, etc..., solidaires de l'évolution fonctionnelle à laquelle ils sont soumis eux-mêmes ou ancestralement. Cette *solidarité anatomo-physiologique* entre le système bucco-dentaire, le tube digestif, les voies aériennes supérieures et inférieures, nous permet d'entrevoir d'ores et déjà leur *solidarité pathologique et thérapeutique*, que nous allons étudier.

II^o) Rapports de pathologie et thérapeutique médico-chirurgicale.

Les notions nouvelles de pathologie générale et de thérapeutique médico-chirurgicale sont absolument nécessaires pour faire des opérations et appliquer des traitements nécessités par les maladies de la bouche et des dents qui constituent dans leur ensemble la stomatologie. L'étude :

1^o *Des affections de la muqueuse buccale* dans leurs rapports avec les maladies générales ;

2^o *Des affections des dents, « la carie dentaire »*, dans leurs rapports avec l'état général ;

3^o *De la septicité bucco-dentaire* comme causes d'affections locales et générales.

nous montrera combien par leurs complications de voisinage ou à distance, les unes et les autres sont souvent graves et toujours d'ordre médical et chirurgical. Nous nous efforcerons de le démontrer pour faire admettre avec Magilot que :

« Tout médecin doit être dentiste, tout dentiste doit être médecin ».

Le rôle du dentiste en particulier est d'abord et avant tout un rôle médical, et le rôle complet du médecin est de ne pas ignorer la bouche comme

pouvant causer des désordres graves dans un organisme, désordres dont la cause ne doit pas lui échapper sous prétexte qu'il ignore la stomatologie ou ne l'a jamais étudiée particulièrement.

**1°) Les affections de la MUQUEUSE BUCCALE
dans leurs rapports
avec les maladies générales**

Les travaux les plus récents de la stomatologie ont établi avec évidence la pathogénie des affections buccales dans les maladies générales. Toutes les maladies, peut-on dire, qui se caractérisent par un trouble de la nutrition générale se répercutent sur le système bucco-dentaire. C'est dans un rapport au Congrès International de Médecine de Budapest (août 1909) que Cruet paraît avoir fait le travail le plus complet à ce sujet.

L'auteur, avant d'aborder la question pathogénique proprement dite, examine rapidement certaines conditions particulières de la bouche et surtout de la muqueuse buccale, considérées au point de vue anatomique, physiologique, fonctionnel, considérées aussi dans leur milieu, dans l'état de santé ou de maladie.

La muqueuse buccale, fait important, varie suivant les points qu'on la considère.

Les *gencives*, par leur constitution de fibro-muqueuse, par leurs rapports très étroits avec l'articulation dentaire et les procès alvéolaires prennent un rôle et un aspect si spéciaux que le D^r J. Tellier n'a pas hésité à en constituer avec les dents une sorte de région distincte : « région gingivo-dentaire » (1). Le point faible de cette région est le sillon gingival, réceptacle permanent pour les germes infectieux. Les gencives sont en outre solidaires des affections dentaires, de celles des articulations dentaires et même de l'os sous-jacent, ce qui concentre sur elles les effets d'une pathologie multiple.

La *langue* se blesse souvent sur des dents irrégulières, ou des racines, ou est quelques fois mordue. autant de causes d'excoriations ou de plaies qui sont une porte ouverte à l'infection se logeant volontiers dans les sillons interpapillaires.

Les *joues* seront souvent saisies et blessées entre les dents de sagesse inclinées en dehors par défaut de place.

Les *commisures des lèvres* constituent un point faible particulier; c'est-à-dire une porte d'entrée à l'infection par leurs gerçures ou leurs déchirures et une région propice à certaines manifestations pathologiques.

Le *milieu buccal* est constitué par la salive et les micro-organismes habituels.

La *salive*, par ses variations quantitatives et qua-

(1) Congrès dentaire de Lyon 1898.

litatives surtout considérables dans certaines maladies, amène une sécheresse ou une humidité de la bouche qui ne sont pas indifférents aux lésions et aux infections de la muqueuse buccale. Ses variations de composition ne sont pas moins importantes dans certaines intoxications professionnelles ou médicamenteuses.

L'action bactéricide de la salive a été discutée ; mais, mélangée dans la bouche aux produits solubles des bactéries, elle aurait un pouvoir chimiotactique considérable, provoquant une diapédèse intense à la surface des plaies qu'elle baigne. Là serait l'explication de la cicatrisation rapide des plaies de la bouche.

Le *tartre* est dû à la précipitation des sels terreux de la salive. Produit toujours infecté, il entretient les gingivo stomatites — et cause de façon presque constante, d'après Galippe, la pyorrhée.

Les *micro-organismes* sont extrêmement nombreux, les plus redoutables sont : le streptocoque, en permanence, le B. de Friedlander, assez souvent, le B. de Klebs et Loeffler, le pneumocoque et même le B. de Koch.

Les saprophytes, inoffensifs à l'état normal, peuvent devenir virulents sous l'action d'affections générales. Il est important de retenir que ces microbes ont été rencontrés constamment par Galippe dans les canaux excréteurs des glandes salivaires, dans les canaux des racines des dents cariées et même

dans les canalicules de l'ivoire. Starck a trouvé dans ces conditions et nombre de fois le B. de Koch.

On comprend dès lors que tous ces éléments puissent être entraînés par les aliments dans les voies digestives et par l'air dans les voies aériennes. Ils y déterminent des maladies générales graves, qui par choc en retour se répercutent sur les dents et vice-versa, le cercle vicieux est ainsi fermé expliquant la gravité de certaines manifestations pathologiques buccales et générales.

La bouche est donc bien un milieu essentiellement menaçant pour la santé générale. « La mort entre par la bouche », dit un proverbe arabe. — Son état d'infection permanente doit être réduit au minimum par une hygiène et une prophylaxie qui, dans toutes les classes sociales, chez tous les individus, doit être portée au maximum d'efficacité, pour le plus grand bien de la santé en général.

Voici le tableau des maladies que Cruet passe en revue dans son travail :

1 ^o Intoxications	{	Hydrargirisme		
		Phosphorisme		
		Saturnisme		
		Alcoolisme		
2 ^o Maladies infectieuses	{	Aigües	{	Fièvre typhoïde
				Grippe
				Fièvres éruptives
				Diphthérie
				Erysipèle
		Maladies vénériennes	{	Scarlatine
				Rougeole
				Variote
				Blennorrhagie
				Syphilis
		Tuberculose		

3° <i>Dystrophies</i>	{ Diabète
	{ Albuminurie et urémie
	{ Rhumatisme
et	{ Goutte
	{ Chloroses et anémies
<i>Dyscrasies</i>	{ Scorbut
	{ Purpura
	{ Tabès
4° <i>Diathèses</i>	{ Arthritisme
	{ Scrofule

Nous ne pouvons traiter ici de la pathogénie de toutes ces affections ; nous nous limiterons à étudier celles qui nous auront paru les plus intéressantes.

1° Intoxications

a) *Les stomatites mercurielles* sont dues à une gingivite septique préexistante qui, de par le traitement spécifique, devient toxi-septique. D'où nécessité d'une hygiène préventive de la bouche, qui doit être en bon état avant l'administration du mercure. « Nous avons maintes fois démontré à nos confrères syphiligraphes, qu'on pouvait administrer le mercure impunément à des malades dont la bouche serait absolument aseptisée avant et pendant le traitement. Il est intéressant de faire remarquer en effet que ni les nouveaux-nés qui n'ont pas de dents, ni les vieillards édentés ne subissent la stomatite mercurielle ».

b) *La nécrose phosphorée* s'explique de même étant également une nécrose toxi-septique. Galippe

la considère comme la simple conséquence d'un gingivite pyorrhéique banale. Le phosphore imprègne l'organisme ; son action toxique sur les tissus osseux a été démontrée par nombre d'auteurs (Lorri-mer, Wagner). Il n'y a pas de phosphore dans la salive, ni dans la bouche d'un phosphorique. Ce n'est donc pas le contact du phosphore, mais la pénétration des micro-organismes et leur action infectieuse propre qui déterminent la nécrose ; de même que s'explique la nécrose de l'extrémité du moignon chez les amputés phosphoriques avant l'époque de l'antisepsie.

c) *Le liseré saturnin des gencives* n'est pas une maladie, ce n'est qu'un signe de diagnostic ; il n'est d'ailleurs pas constant et disparaît par application d'acide chlorhydrique dilué.

d) *Dans l'alcoolisme* il n'y a pas de stomatite vraie symptomatique. Mais les alcooliques invétérés ont toujours de la stomatite simple qui, devenant ulcéro-membraneuse, peut aller jusqu'à la gangrène et la pyorrhée, jusqu'à la nécrose alvéolaire. — Il faut traiter les dents et aseptiser la bouche. Supprimer l'alcool (?).

II° Maladies infectieuses

a) Maladies aiguës.

On peut, avec Achard et Roger (1), et à un point de vue très général, assimiler leurs sécrétions ou toxines microbiennes à des poisons venus du dehors. — Mais ce qui importe surtout, c'est l'augmentation de virulence des éléments infectieux contenus dans la bouche. — La langue est sèche (langue de perroquet) avec ou sans stomatite vraie, la salive est peu abondante. Dans ce cas on peut concevoir à quel point cette diminution de la sécrétion salivaire aidant, de nouvelles infections locales peuvent se surajouter à celles de la maladie infectieuse vraie qu'elles compliquent. C'est le cercle vicieux de toutes les affections générales avec toutes ses conséquences. En sont des exemples suffisants :

1° Les stomatites ulcéreuses ou simples, les parotidites redoutables suites de fièvre typhoïde ;

2° Les stomatites grippales (Montford et Fortinneau (2) ;

3° Les stomatites et gingivites de la période terminale de la fièvre scarlatine ;

4° La stomatite éruptive de la rougeole, qui ou-

(1) Manuel de Médecine, Tome VII.

(2) Stomatologie au cours de la grippe.

vre la porte à des infections secondaires de la muqueuse (stomatites aphteuses, ulcéro-membraneuses ou diphtériques, nécroses partielles) ;

5° La stomatite de la variole et de la varicelle ;

6° Les stomatites diphtérique et érysipélateuse sont plutôt consécutives à l'affection primitive.

Ces stomatites relèvent toutes des mêmes soins préventifs et curatifs (hygiène préventive, lavages antiseptiques), si ulcérations, cautérisations.

b) Maladies vénériennes

a) *Blennorrhagie*. — Il existe une stomatite blennorrhagique incontestable dans laquelle on trouve le gonocoque caractéristique. Primitive chez le nouveau-né (par contagion directe) les gencives présentent une surface recouverte de petites ulcérations sur un fond très rouge. — Lavages au permanganate

b) *Syphilis*. — Les manifestations se présentent aux trois périodes, et dans la syphilis héréditaire, sous des formes remarquables. — Le chancre s'installe par contagion directe (les symptômes caractéristiques sont à ne pas ignorer). — Quant aux plaques muqueuses elles sont extrêmement contagieuses. Les stomatologistes ont remarqué : 1° que la mise en état de la bouche et des dents, que l'asepsie buccale exactement pratiquée contre les accidents mercuriels s'opposaient du même coup et presque tou-

jours au développement des accidents ; 2° que ceux-ci se produisaient particulièrement dans les bouches malpropres à dents cariées. Les accidents tertiaires, les gommes fréquentes surtout à la voûte palatine et à la langue sont faciles à reconnaître par leur profondeur, par l'absence de douleur. — Les nécroses syphilitiques compliquent souvent la pyorrhée. La nécrose de l'os incisif entraîne les 4 incisives supérieures (Verchère).

La thérapeutique qui s'impose, c'est le traitement de la cavité bucco-dentaire, comme préambule nécessaire de tout autre traitement local ou général.

c) Tuberculose.

La stomatite aiguë des tuberculeux évolue comme une stomatite ulcéro-membraneuse ; elle ne paraît donc pas être de nature tuberculeuse. Ricord a décrit la *phtisie buccale* constituée par des ulcérations multiples. L'ulcération tuberculeuse est extrêmement douloureuse au moindre contact. — Le traitement consiste dans des cautérisations (à l'acide lactique).

III° Dystrophies et Dyscrasies

a) Le *Diabète* constitue un terrain favorable au développement de la gingivite et de la pyorrhée alvéo-

lo-dentaire (J. Tellier). — Les propriétés chimiques de la salive sont modifiées et leur action nocive sur les tissus de la dent, eux-mêmes modifiés, comme tout le terrain diabétique, paraît accrue. La glycosurie est la cause, à l'occasion de l'extraction par exemple, d'hémorragies graves, de gangrène des tissus qui sont parfois le symptôme qui met sur la voie du diagnostic de l'état général.

Le stomatologiste peut donc découvrir le diabète chez un malade et lui rendre ainsi un réel service.

Le traitement buccal prophylactique conserve ici toute sa raison d'être et son efficacité est prouvée par plusieurs observations de stomatologistes (Robin). Donc ne pas hésiter à traiter énergiquement la pyorrhée chez un diabétique. (SO_4H_2 , HCl , cautérisation au fer rouge).

b) *L'Albuminurie* provoque très souvent des gingivites et des stomatites, même de la pyorrhée alvéolaire. Le Dr Michel a fait analyser les urines d'un grand nombre de pyorrhéiques et presque toujours il y a constaté la présence d'albumine : il en conclut que l'albuminurie est l'affection qui prédispose le plus à la pyorrhée alvéolaire. Donc les mêmes remarques et le même traitement que dans le diabète s'imposent.

c) Le *Rhumatisme* frappant toutes les articulations, il semble bien a priori qu'il doive frapper aussi bien l'articulation alvéo-dentaire (rhumatisme

dentaire de Chauveau, pyorrhée rhumatismale). Mais il semble que le rhumatisme favorise simplement la pyorrhée. D'après J. Tellier l'articulation dentaire serait primitivement frappée comme dans une arthrite commune, les désordres et destructions profondes en approchant de la gencive finiraient par la décoller mettant ainsi l'articulation à nu en contact avec l'infection du dehors. La vraie pyorrhée ne s'installerait qu'à ce moment et évoluerait avec sa marche habituelle.

Le Dr Goadby, de Londres, a présenté au Congrès de cette ville, en août 1913, des lapins présentant des arthrites manifestes (avec peau chaude, tendue, fièvre) à la suite d'injections de cultures globales d'éléments infectieux pris dans la bouche.

Ceci permettrait de déduire que le ou les microbes du rhumatisme, bien qu'on ne les connaisse pas exactement, font de la bouche leur habitat ordinaire.

d) La *Goutte* est caractérisée par un excès d'acide urique dans le sang. Cet excès, imprègne les tissus et les organes dont il altère la constitution et se traduit par des dépôts d'urate et de phosphate de chaux. L'arthrite dentaire des goutteux évolue lentement, presque sans suppuration, et se rapproche des formes sèches de pyorrhée.

e) *Le Tabès*. — Les maladies nerveuses ont une action spéciale sur la dentition. C'est ainsi que le

tabès se manifeste soit par la chute des dents, déterminée par une pyorrhée sèche et résorption alvéolaire profonde, soit par le mal perforant buccal ou ulcération progressive (névrite du nerf dentaire). — Comme tous les tabétiques ne font pas de mal perforant, il faut encore admettre une inflammation locale préalable, un certain degré de pyorrhée.

IV^e Diathèses

1^o *Scrofule, Lymphatisme*. — « La scrofule, parente de la tuberculose, si elle n'en est pas, est un trouble de la nutrition, aboutissant au tempérament lymphatique ». Ainsi s'exprimait Cruet en 1909. Aujourd'hui, nous voyons nos auteurs classiques être plus affirmatifs et dire avec Forgue : « La scrofule se composait autrefois des manifestations tuberculeuses de l'enfance ». Le terme de scrofule serait donc dès lors désuet.

Quoiqu'il en soit les lymphatiques présentent des ganglions qui s'hypertrophient sous la moindre influence, particulièrement ceux de la région sous-maxillaire. Comme stomatologistes, ceci nous importe surtout, et nous insisterons sur ce que les affections de la muqueuse buccale (sans parler des dents, ce que nous ferons plus loin), doivent être incriminées au premier chef. Le plus grand nombre des enfants souffrent pour mettre leurs dents ; ils font

de la *gingivo-stomatite* à l'occasion de leur éruption, alors que beaucoup ne font ni végétations adénoïdes, ni hypertrophie des amygdales; ni eczéma.

Les scrofuleux adolescents ou adultes présentent souvent des gingivites hypertrophiques donnant à la gencive un aspect festonné. Les lèvres sont hypertrophiées et souvent fendillées.

2° *Arthritisme*. — L'arthritisme, peut-être de nature infectieuse, paraît constituer un terrain favorable au développement de la pyorrhée alvéolaire, qui reste toujours une affection dangereuse par ses complications possibles.

II° Les affections des dents, « la carie dentaire » dans leurs rapports avec l'état général.

Il est courant de dire que les « dents reflètent l'état de santé d'un individu ». — Il y a quelque chose de vrai ; et des observations multiples, de stomatologistes en particulier, permettent aujourd'hui de le vérifier. — L'ensemble des nombreux facteurs qui peuvent amener la production de la carie se réduisent en dernier ressort à un seul : le *terrain*. — Or le terrain est toujours fonction de la race, de l'hérédité, du sexe, de l'âge, de l'état de santé ou de maladie, en un mot, de l'état d'être de l'individu lui-même. C'est l'état de santé qui nous arrêtera seul et nous distinguerons des états de santé :

a) *précaires* : enfants et adolescents anémiques, chlorotiques, scrofuleux ;

b) *physio-pathologiques* : grossesse, allaitement ;

c) *pathologiques vrais* : fièvres de toutes sortes : typhoïde, scarlatine, rougeole, intoxications, diabète, albumine, tuberculose.

Toutes les causes correspondant à ces différents états paraissent dues à des altérations véritables des tissus calcaires constitutifs de la dent, en un mot, à une *décalcification*. — Cette théorie, quoique très discutée, est généralement admise. Elle est même devenue classique, comme commode du moins, pour expliquer bien des faits cliniques. — Donc si nous l'admettons pour les dents nous pourrions dire inversement : qu'à toute décalcification du système dentaire correspond souvent un état de décalcification de l'organisme tout entier dont la « *carie dentaire* » est ainsi un des principaux et des premiers symptômes.

Cette solidarité anatomo-pathologique se comprend aisément quand on envisage la dent, non point comme isolée, comme un organe « autonome », mais comme un organe vivant lié à la vie générale des tissus, subissant à un degré moindre peut-être que d'autres, mais certain, toutes les modifications de nutrition, de dénutrition, de modifications chimiques qui s'observent dans d'autres organes. La dent en effet participe à toutes les vicissitudes de la race, de l'hérédité, du sexe, de l'âge, de l'état général de la santé qui la constituent. Nous

sommes donc autorisés à définir la *carie dentaire* comme une altération chimico-parasitaire de la dent, due à sa propre décalcification correspondant elle-même à une décalcification générale. — C'est Paul Ferrier qui, étant stomatologiste, nous l'a montré. Il a constaté les rapports de décalcification entre les dents et le rachitisme, l'ostéomalacie, la tuberculose, etc... D'où sa méthode thérapeutique de recalcification ou traitement de Ferrier. Si la décalcification des os échappe à notre contrôle direct, la carie dentaire est là pour nous révéler l'état de décalcification d'un organisme. Nous l'observerons surtout chez : les *anémiés* (enfants, adolescents) ; chez les *femmes enceintes ou en période de lactation* ; chez les *tuberculeux*.

1° *Décalcification chez les anémiés.* — Chez les scrofuleux, chlorotiques, etc., chez tous les gens dits *déliçats* (qui sont souvent des pré-tuberculeux, sinon des tuberculeux chroniques), on trouve des dents frêles, comme amincies, blanc-bleuâtres, ou blanchâtres et crayeuses, offrant une moindre résistance à la carie qui les guette, si elle ne les a pas déjà attaquées. Dans ce dernier cas ce sont des caries multiples, « *systématisées* » d'après le Dr de Nevrezé, qu'il est désespérant de soigner tant elles se reproduisent avec rapidité, si la décalcification est elle-même rapide. Ces anémiés seraient, suivant les auteurs, des auto-intoxiqués, soit par nutrition défectueuse, soit par insuffisance de leurs organes antitoxiques,

soit pas toxhémie tuberculeuse latente du fait de « l'imprégnation tuberculeuse » atteignant 98. % des gens, d'après les autopsies de Naegeli.

Dans le cas de décalcification systématisée du système dentaire, un traitement local des caries sera donc à instituer en même temps qu'un traitement général de recalcification. On pourra donner des phosphates, des carbonates de chaux, des lécithines, bien que l'efficacité du traitement récalcifiant soit encore discuté. — En tout cas toute cause de décalcification doit être supprimée : empêcher l'introduction et la formation d'acide dans l'organisme ; proscrire l'alcool, les liquides sucrés ou acides, le beurre et diminuer la quantité de pain. — L'eau bouillie dans son emploi systématique est à rejeter le plus possible ; la remplacer par des eaux bicarbonatées calciques (Saint-Galmier, Evian). — Les eaux dures valent mieux que les eaux légères (expériences de Rose, en Allemagne).

2° *Décalcification pendant la grossesse et l'allaitement.* — L'état de grossesse est une sorte de transition entre l'état physiologique et pathologique. Elle est pour la femme une cause de décalcification se traduisant dans l'état de santé apparente par de la carie dentaire, de la phosphaturie, dans l'état pathologique par l'ostéomalacie. — Le vieil adage : « Tout enfant coûte une dent à sa mère » est l'expression courante de cette opinion généralement admise que très souvent les mères souffrent de leurs dents à l'oc-

casion de leurs grossesses. — La raison classique est encore une *décalcification* : la soustraction des éléments minéraux du tissu osseux maternel se faisant au profit du tissu osseux fœtal. — C'est ainsi que, d'après Galippe (1) : « La grossesse diminue la densité des dents en leur faisant perdre une notable proportion de leurs éléments minéraux ». Le coefficient de résistance des dents à la carie est, toujours d'après Galippe, en rapport direct avec leur densité qui, elle-même, est en fonction de leur richesse en matériaux inorganiques (en chaux).

Au point de vue prophylactique et thérapeutique la méthode de recalcification sera à employer. Dans le cas particulier ce traitement agira heureusement sur la formation du squelette du fœtus et sur la constitution de ses dents, c'est-à-dire sur le terrain héréditaire.

Observation. — « La carie dentaire, élément diagnostique des déminéralisations. — Leur traitement par la méthode recalcifiante de P. Ferrier », par le Dr Chateau (4).

« M^{me} X... eut un premier accouchement en avril 1902 (nourrit 5 mois) ; un second en juillet 1903 (nourrit 13 mois) ; un troisième en avril 1905 (nourrit six semaines).

Pendant le cours de ces trois grossesses, c'est-à-dire trois ans et demi, elle absorba successivement les différentes formes et spécialités de phosphates.

(1) Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents (1884).

(2) Revue de stomatologie, octobre 1909.

Cependant, quand je la vis pour la première fois — pendant la troisième grossesse — je constatai une quantité tout-à-fait anormale de caries dentaires qui évoluaient avec une rapidité foudroyante. Tous les 15 jours je reçus sa visite, et chaque fois je constatai deux ou trois nouvelles caries qui avaient trouvé le temps d'évoluer : c'était une véritable fonte dentinaire. Ces accidents, indice d'une décalcification intense, s'amendèrent aussitôt après l'accouchement.

Un an après (1906), quatrième grossesse, nouvelles résorptions dentinaires multiples. Ferrier venait de publier son ouvrage. Je priai l'accoucheur, le Dr Labusquière, de m'autoriser à conseiller les cachets recalcifians. Du jour où ils furent employés, je n'ai jamais constaté, pendant les sept mois de grossesse qui restaient à courir, une seule carie.

Ce résultat acquiert une singulière signification quand on note qu'il s'agissait d'une femme véritablement surmenée, déminéralisée par quatre grossesses successives (sans parler de l'allaitement) et qui avait absorbé des phosphates sans résultat.

L'intérêt de cette observation s'est accru à la suite d'une cinquième grossesse terminée en 1908. — Caries multiples au début ; arrêtées définitivement pour toute la durée de la grossesse le jour où la patiente commence le traitement recalcifiant ».

Nous rapportons cette observation très typique et convaincante pour montrer l'intérêt qu'il y a pour le stomatologiste à être un bon clinicien et à faire par l'institution d'un traitement général, avec le mé-

decin accoucheur, au besoin, un travail d'excellente collaboration et de bon thérapeute.

3° *La Décalcification dans la Tuberculose.* — Toutes les affections amenant une toxhémie décalcifiante provoqueront de la carie dentaire pathognomonique bien souvent. La tuberculose en est la manifestation la plus typique et la plus importante ; c'est pourquoi nous l'envisagerons seule.

P. Perrier a montré à quel point se décalcifiaient les tuberculeux pulmonaires, et il a expliqué la guérison de leurs lésions par une imprégnation, une saturation calcaire de cet organe. C'est ce que les autopsies nous révèlent (tubercules crétaçés). M. Letulle (1) a exposé les excellents résultats de la méthode de P. Perrier dans la cure de la tuberculose. Elle s'expliquerait par ce fait que le sang ayant un titre de chaux peu élevé, la déposerait en plus grande quantité partout où elle manquerait.

Par rapprochement, par analogie, n'aurions-nous pas là un procédé qui, guérissant les lésions pulmonaires, guérirait les lésions osseuses, dont la carie dentaire, qui nous concerne plus particulièrement ? Il semble bien établi aujourd'hui que beaucoup de stomatologistes aient obtenu des résultats certains en instituant un traitement des caries et un traitement recalcifiant simultané (2). Beaucoup ont cons-

(1) M. Letulle : Le tuberculeux et la méthode recalcifiante de P. Perrier. (Presse médicale, (24 mars 1909).

(2) P. Perrier : La guérison de la Tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée.

taté que les lésions dentaires restent du moins stationnaires, alors que jusque là elles évoluaient avec une rapidité déconcertante.

Donc chez le tuberculeux pulmonaire, le traitement recalcifant agira heureusement et sur ses poumons et sur son système osseux et dentaire.

S'il est vrai que les organes dentaires soient extrêmement sensibles à des variations même minimes de sels de chaux, leur décalcification, dont la *carie dentaire* est l'expression, permettra de déduire l'existence d'une décalcification générale de l'organisme. Or celle-ci peut correspondre à des troubles graves qu'il convient de dépister à temps. C'est ainsi qu'un stomatologiste peut faire œuvre utile, auprès de son patient, en dépistant chez lui, par la simple constatation de ses caries nombreuses « systématisées », un point de tuberculose à un degré où elle est encore guérissable. La dentine ramollie, les dents friables, transparentes, etc., seront autant de symptômes dentaires qui, avec la carie, s'ajouteront à d'autres symptômes généraux. Ceux-ci, qui échapperaient au dentiste ignorant, n'échapperont point au stomatologiste rompu aux données générales d'études cliniques faites à l'hôpital. — Il analysera les symptômes d'anémie, de pâleurs des téguments et des muqueuses, de fatigue au moindre effort, de

sueurs nocturnes, de toux sèche concomitante, etc. Ainsi le stomatologiste, c'est-à-dire le dentiste tel que nous le concevons aujourd'hui, qui ne se cantonne pas dans une orthopédie clinique pure, mais fait de la médecine générale à l'occasion de sa spécialité, peut rendre d'énormes services dans la prophylaxie de la tuberculose. — La *méthode de recalcification* de P. Perrier paraît donner aujourd'hui dans la cure de la tuberculose, de très bon résultats : « Nous avons le devoir de ne pas laisser oublier que l'origine de cette méthode est l'œuvre d'un dentiste » (D^r Chateau).

III° La septicité bucco-dentaire, cause d'affections locales et générales

Nous avons vu précédemment l'importance du milieu buccal dans les maladies générales. — Sans insister sur ses modifications possibles, nous rappellerons à quels points il est essentiellement microbien. Cet état septique permanent de la bouche, lorsqu'il est accru surtout par la présence de caries, gingivites tartriques, pyorrhée alvéolaire, stomatites, etc... a été désigné par le D^r J. Tellier « *la septicité bucco-dentaire* ».

Il importe de se rappeler : a) que « la *région gingivo-dentaire* », au niveau du cul de sac gingival en particulier, est une voie d'accès facile à l'infection buccale ; b) que la carie dentaire, vu la constitution

anatomique d'une dent (canalicules dentinaires, chambre pulpaire, canal radiculaire, apex) est une large porte d'entrée à l'infection — disons à la « septicité buccale ».

C'est William Hunter, un médecin anglais qui, dans un mémoire intitulé « Oral sepsis as a cause of « septic gastritis », « Toxic neuritis » and other septic conditions », a, en 1900, signalé vraiment l'énorme importance de la septicité buccale comme cause d'affections générales. — Cette révélation fut dans le cercle odonto-stomatologique comme un coup de tonnerre, et depuis de nombreuses discussions n'ont cessé de paraître dans les revues anglaises, américaines et françaises.

En France les travaux de Galippe, de Guyot, des frères C. et J. Tellier, de Ferré (1), de Miller, en Allemagne, ont fait faire un grand pas à cette idée qui, pour le dentiste aussi bien que pour le médecin et le chirurgien, deviendra primordiale quand les uns et les autres en connaîtront toute la portée dans leurs domaines respectifs ou communs.

Nous pouvons considérer que l'infection buccale siège :

1° Dans la *carie dentaire*, dont la nature infectieuse n'est plus discutable ;

2° Dans la *périodontite* qui est la principale complication de la carie.

(1) De certaines infections secondaires d'origine buccale. (Thèse de Paris 1906).

En dehors de la périécémentite, la septicité est due à la présence de mauvais chicots laissés à demeure soit par préjugés, soit par ignorance (appareils sur racines non désinfectées, couronnes ou obturations mal ajustées au collet de la dent, etc...).

3° Dans les *accidents de première et deuxième dentition* quand les dents permanentes remplacent les dents de lait c'est-à-dire entre 6 et 12 ans. — Caries des dents de lait, débris de ces dents entretiennent une septicité buccale, déterminant des complications locales et des accidents généraux sur lesquels on devrait s'attarder davantage.

4° Dans les *accidents de dents de sagesse*, qui sont également une source fréquente d'ulcérations donnant souvent des stomatites ulcéro-membraneuses et des angines.

5° Dans la *pyorrhée alvéolaire*, affection persistante qui paraît due à des causes locales et générales. C'est à son propos que Galippe, en 1890, a écrit : « qu'on n'absorbe pas impunément pendant des années une sécrétion aussi infectieuse que celle produite par la pyorrhée alvéolaire ». Assertion de plus en plus démontrée par les observations des stomatologistes, que nous voudrions de plus en plus nombreuses.

6° Dans toutes les *gingivites* et *gingivo-stomatites* de causes multiples (alcool, tabac, substances irritantes).

I^o Complications de voisinage

Elles sont dues à la continuité et à la contiguïté des dents et des tissus, dans les régions : gingivo dentaires, buccales et péri-buccales.

Les *abcès* et *fistules dentaires* peuvent amener parfois des nécroses, des cicatrices vicieuses, s'accompagnant de phénomènes généraux souvent graves : fièvre, frissons, abattement et affaiblissement considérable par infection et résorption directe d'éléments infectieux ou de leurs toxines.

L'*ostéomyélite des mâchoires*, produit des nécroses fatalement graves et étendues. Son étiologie réside souvent dans une ulcération de la muqueuse buccale, une gingivite ulcéreuse ouvrant la voie à une infection osseuse profonde.

Les *sinusites* et *empyèmes maxillaires* reconnaissent souvent pour cause une périostite aiguë ou chronique qui est bien souvent méconnue ou ignorée parce qu'on ne veut pas s'astreindre à regarder dans la bouche. L'action ou l'omission dans l'ignorance des origines d'une affection, sont également dangereuses.

Les *stomatites ulcéromembraneuses* sont généralement engendrées par les dents en milieu septique (éruption de la dent de sagesse).

Les *stomatites toxiques* (mercurielle) sont dues, d'après Galippe, comme la précédente à l'exagération de la virulence des micro-organismes buccaux.

Ce sont des stomatites toxi-septiques, d'après Cruet ; leur apparition étant liée aux suppurations bucco-dentaires préexistantes.

Les *phlegmons sus et sous-aponévrotiques* et surtout le *phlegmon du plancher de la bouche* ou *angine de Ludwig* sont des septicémies lymphatiques extrêmement redoutables.

Les *adénites aiguës* sont banales le plus souvent.

Les *adénites chroniques* surtout dont nous avons parlé à propos de la scrofule sont dues dans plus de la moitié des cas d'après le docteur J. Tellier aux affections des dents. Elles sont le plus souvent de nature tuberculeuse. Starck, de Munich, a trouvé le bacille de Koch dans 25 % des ganglions sous-maxillaires chez des enfants tuberculeux ou non, et dans les cavités de leurs dents cariées. La carie dentaire, nous ne saurions trop y insister, est donc une porte d'entrée fréquente de la tuberculose. D'ailleurs, Forgue écrit à propos de l'étiologie des adénites tuberculeuses : « Les amygdales hypertrophiées, les tumeurs adénoïdes du pharynx et la carie dentaire jouent un rôle fréquent de porte d'entrée pour le bacille de Koch ». — Une dent cariée a été, d'après une observation de Grawitz, la porte d'entrée de la tuberculose chez un malade vigoureux et sans antécédents héréditaires. — Le docteur J. Tellier a observé un homme de 45 ans porteur d'adénites multiples chroniques du cou, qui ont régressé rapidement après les avulsions des dents ou racines septiques.

Les *adénites génienne*s ont souvent une origine

dentaire d'autant plus impossible à déceler par le médecin, que la dent morte a souvent rien apparemment et ne peut être révélée que par un dentiste ; disons un stomatologiste.

Si l'on considère, avec les travaux de Magitot, Galippe, Caillon, que 80 à 95 % des enfants et adolescents présentent des dents cariées, et avec Guérini (1) de Naples que, dans l'ensemble des individus, 96 % par manque d'hygiène buccale ont des affections dentaires et péri-dentaires, on conçoit aisément à quel point la voie est ainsi ouverte en permanence à l'infection et en particulier à l'infection tuberculeuse. — Or n'oublions pas que tuberculeux nous le sommes (de tuberculoses fermées généralement et constatables à l'autopsie) dans la proportion de 98 % (Nægeli). Combien ces deux proportions de 96 % de bouches malsaines et de 98 % de tuberculoses paraissent suggestives. Ne sont-elles pas une révélation comme quoi la « septicité buccale » et la tuberculose sont deux fléaux de l'humanité à combattre simultanément ?

Dans sa thèse sur les adénites d'origine dentaire (Paris 1902), Contenau conclut :

« En face d'une adénite cervicale, le médecin devra toujours et de parti-pris, explorer la bouche du malade ».

(1) Importance de l'hygiène buccale dans la lutte contre la tuberculose. Communication au VII^e Congrès international contre la tuberculose. (Rome, avril 1912).

« Aucune intervention n'est nécessaire du côté de l'adénite dans la majorité des cas ».

Les *parotidites*, les *grenouillettes* n'ont pas souvent d'autres causes attendu que dans les canaux excréteurs des glandes salivaires on a souvent rencontré des B. pathogènes (streptocoques; staphylocoques).

Les *angines* sont fréquentes chez les enfants, où elles sont en rapport étroit avec l'infection buccale. Chez l'adulte, elle sont souvent contemporaines d'un accident de dent de sagesse (ulcération de la gencive ou de la joue) ou de l'évolution d'une dent de douze ans. C'est là l'origine fréquente de la stomatite ou de l'angine ulcéro-membraneuse (angine de Vincent).

Des *complications oculaires* :—abcès de la cavité orbitaire, conjonctivites, amauroses même, peuvent survenir et ne céder, en dernière analyse, qu'au traitement des affections dentaires et buccales qui les ont provoquées.

Les *otites moyennes* et même les *otites internes* indirectement peuvent provenir d'une infection buccale et pharyngienne par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. La grippe et les infections générales ne font que préparer le terrain. — Les névralgies de l'oreille ne trahissent souvent qu'une névralgie dentaire réfléchie.

II° Complications à distance

a) *Du côté du système nerveux.* — Les convulsions de l'enfance, l'éclampsie, la danse de Saint-Guy, l'hystérie peut-être, la plupart des névralgies faciales à coup sûr, trouvent leur cause accidentelle dans les infections ou les lésions d'origine buccale, dans la septicité buccale. On peut affirmer que dans la proportion de 90 % les névralgies faciales proviennent d'une pulpite ou d'une périostite aiguë ou chronique ; et, pour trouver ces affections, il suffit de les chercher. En quelques instants ces douleurs sont arrêtées par un traitement local appliqué où il faut, quand des mois d'anti-névralgiques ont naturellement échoué. L'enfant et l'adolescent ont toujours leur système nerveux sur le qui-vive, prêt à réagir d'une façon violente pour des causes en apparence minimales. Et il venait autrefois à l'idée de personne de rechercher ces causes dans le système dentaire négligé ou ignoré du médecin. Celui-ci mieux éclairé aujourd'hui, regarde autre chose que la langue. Mais il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et ne songer qu'aux dents, aux accidents de première dentition, par exemple, chez les tout petits.

b) *Du côté vasculaire.* — L'infection peut se faire par la voie veineuse, par les plexus veineux de la face et du crâne, c'est ce que les Docteurs Sebileau,

Tellier et Caumartin ont, au Congrès de stomatologie de 1906, appelé la *septicémie phlébitique*.

Extrêmement grave, elle peut entraîner des infections générales suivies de mort (Sabatier) (1). — Les abcès orbitaires, les embolies et thrombus des sinus de la dure-mère, la méningite, ont fourni nombre d'observations de même nature, avec même origine indiscutable. — Il ne faut pas que le public ignore qu'il y a eu de nombreux cas de mort, à la suite d'accidents qui avaient leur cause première dans une dent malade. Poncet et Galippe citent le cas d'un soldat mort d'accidents infectieux dont le cœur et le liquide de l'œdème renfermaient les mêmes microbes qu'une dent cariée.

La *dégénérescence artérielle*, d'après certains médecins américains (avec artério-sclérose, aorte dilatée et hypertrophie du ventricule gauche, insuffisance mitrale, dégénérescence du myocarde et arythmie) aurait été observée chez un homme de 45 ans, n'ayant aucun antécédents pathologiques, mais de nombreuses caries dentaires, avec pyorrhée abondante.

c) *Du côté des poumons*. — « Les produits putrides et les microbes qui pullulent dans la bouche à l'état pathologique peuvent s'essaimer, soit vers le tube digestif, en y produisant des phénomènes toxi-

(1) Contribution à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire. (Thèse de Lyon 1903).

infectieux, soit vers le *poumon* en y provoquant des lésions infectieuses », dit Ferré.

La pneumonie serait, d'après Bezançon et Griffon, due à une auto-infection pulmonaire d'origine buccale. De même, la broncho-pneumonie des rubéoliques.

Le Dr Smith a présenté au dernier Congrès de Médecine américain un cas d'infarctus septique des poumons d'origine buccale, chez une femme de 38 ans n'ayant pas d'antécédents pathologiques sérieux, mais de nombreuses caries et de la pyorrhée alvéolaire.

d) *Du côté du tube digestif.* — Les accidents du tube digestif sont des premiers qu'il soit donné d'observer : *Embarras gastriques, dyspepsies* avec diarrhée, constipation, relèvent le plus souvent d'un mauvais état buccal, soit qu'il y ait insuffisance de mastication et mauvaise digestion (*prima digestio fit in ore*) ; soit, et surtout qu'il y ait absorption des toxines et des produits septiques venus de la bouche (amélioration immédiate de gastralgies, dès la disparition de racines absédées ou fistulisées, et avant même la pose d'un dentier parfois complet).

La pyorrhée, d'après Galippe, serait une cause fréquente d'embarras gastrique. Le Dr J. Tellier rapporte le cas d'une femme de 45 ans qui, traitée par lui d'une pyorrhée, fut améliorée au bout d'un mois. Il remarque combien cependant cette notion de la septicité buccale est difficile à faire accepter des mé-

decins et il ajoute : « Le Dr Bouveret, médecin honoraire des Hôpitaux, qui a fait une étude approfondie de l'estomac, ne néglige jamais d'examiner les dents de ses malades, et leur conseille une hygiène sévère de la bouche ».

Sous le nom de *gastrite septique d'origine buccale*, William Hunter a décrit comme une entité morbide dans son article de 1901 : « Gastric effects of oral sepsis », une gastrite liée à l'infection buccale. Ses observations ont été suivies, en 1901, de celles de Galippe ; en 1903, de celles de C. et J. Tellier, de P. Ferrier, de Ferré ; en 1906 et 1907, de celles de J. Tellier. Elles montrent que la désinfection de la bouche, des extractions judicieuses, l'enlèvement de couronnes, ont été suivies de l'amélioration ou de la disparition des symptômes gastriques — avant même bien souvent que l'état de cicatrisation des gencives permette une meilleure mastication.

On entend dire souvent qu'une personne a de mauvaises dents parce que mauvais estomac ; c'est qu'à son tour le mauvais estomac réagit sur le système dentaire et les sécrétions buccales. On constate des caries molles multiples dites « caries de l'estomac » et dues à une décalcification rapide.

L'Ictère, ou tout au moins le teint subictérique, teint terreux de beaucoup de gens, est souvent constaté chez des gens à bouche malsaine, et dénote une infection du foie. Les américains nous rapportent des cas de cholécystite et cholélithiase sur des orga-

nismes à dents profondément cariées ou à gencives pyorrhéiques.

D'après Galippe, l'*albumine* souvent précédée ou accompagnée de pyorrhée, serait due à une infection pancréatique d'origine pyorrhéique. — Il croit aussi que le *diabète*, si souvent constaté chez les pyorrhéiques, serait précédé par la *pyorrhée*.

Jaboulay a rattaché une *appendicite* à l'existence d'accidents infectieux au niveau d'une dent de sagesse supérieure.

e) *Septicémies et pyohémies*. — Des infections généralisées peuvent être dues à l'infection buccale. Nous avons des *septicémies aiguës* qui ont été étudiées par Sebileau (1) et Sabatier (2) et qui peuvent être d'une extrême gravité, comme entraînant souvent la mort.

Des *septicémies chroniques*, où la fièvre peut atteindre 38°9, 39°, J. Tellier a rapporté le cas d'une femme qui fut vue par le D^r Bouveret. Ce médecin n'hésita pas à attribuer à sa mauvaise dentition les troubles gastriques qu'elle éprouvait. — Elle fut opérée de sa mauvaise dentition sous anesthésie générale, et l'amélioration fut rapide et incontestable. Dans la *Province Dentaire*, de janvier 1910, les Docteurs J. Tellier et Durand, ont présenté une observation très démonstrative que nous résumons :

(1) Des différentes formes de la septicémie buccale. Communication au XIII^e Congrès International de Médecine. Paris 1900.

(2) Thèse de Sabatier. (Lyon 1903).

— Femme de 32 ans, ayant souffert de maux de dents depuis 18 ans. — A maigri depuis un mois de 7 kilos, teint blafard, jaune sale ; perte d'appétit, digestions douloureuses, constipation opiniâtre ; fluxions dentaires répétées, insomnies habituelles, troubles du caractère, mauvaise humeur persistante et tendance à la tristesse, à la mélancolie ; « elle se sent pénible pour son entourage (sic) » : — Opérée sous anesthésie générale de toutes ses racines et dents en mauvais état, 8 jours après elle ne souffre plus, le sommeil est revenu. Un mois après elle révient absolument transformée. — Donc, amélioration marquée avant même la pose d'un dentier, c'est-à-dire par disparition de sa septicité buccale.

Pyohémie accompagnant une pyorrhée alvéolaire. E. Pike, de Philadelphie, eut l'occasion d'examiner et d'opérer un malade qui en quatre ans vit éclore sur son corps 180 furoncles ou bubons. Il avait vieilli, blanchi prématurément et songeait au suicide, — son corps était couvert de cicatrices. — Le Dr Pike constata une suppuration assez abondante autour de six dents au moins. Elles furent extraites en partie les autres soignées. — Il eut encore deux mois après un ou deux furoncles, puis plus rien. « A part cet incident et à partir de ce moment il y a donc treize ans de cela, il n'y a pas eu à constater l'apparition d'un seul furoncle et le patient jouit d'une santé parfaite ».

D'après les faits que nous venons de rappeler il résulte que la septicité bucco-dentaire s'observe beau-

coup plus fréquemment qu'on ne le croit ordinairement. Si les conséquences en sont habituellement méconnues, c'est que la plupart des médecins et des dentistes l'ignorent par principe ou par manque d'instruction.

Le *médecin* ignore la septicité buccale, ou elle semble l'intéresser fort peu : « C'est l'affaire du dentiste ! » Aussi l'examen de la bouche consiste-t-il simplement pour lui à faire tirer la langue « *ce miroir de l'estomac* » qui lui cache bien souvent le reste de la cavité buccale, la dentition en particulier. La septicité buccale méconnue recèle cependant bien souvent l'origine première du mal qui n'appelle dès lors de sa part qu'un traitement symptomatique. Certaines observations de malades gagneraient, semble-t-il, à faire mention de la septicité buccale ou de la denture. — En quoi cet état de la denture est-il moins important, surtout dans les manifestations pathologiques que nous avons énumérées, que l'état du cœur, des poumons, des reins, etc ?...

« Le *chirurgien* lui-même, nous dit Hunter, si pointilleux dans la désinfection des tissus sur lesquels il va opérer pour n'y laisser persister aucun germe, qui regarde l'apparition d'une goutte de pus comme la conséquence d'une faute d'antisepsie, dont toute la vie se passe à combattre et tâcher d'exclure toute source d'infection, sans hésitation, fera les opérations les plus compliquées et les plus graves sur l'estomac et l'intestin sans daigner accorder

la moindre importance à l'existence de dents et racines septiques à l'infection des gencives ou de la muqueuse buccale. — Sans doute des chirurgiens ont déjà protesté contre cette manière d'agir et en 1904 le Dr Biche (de Grenoble), ainsi que Pouchet (d'Amiens), conseillaient avant toute laparotomie, la désinfection chirurgicale et médicale de la cavité buccale. Ces précautions ne devraient jamais être oubliées. Sans doute on peut compter sur l'action bactéricide du suc gastrique, mais celle-ci n'est réelle que lorsque l'acidité est considérable, c'est-à-dire quelques heures seulement après le repas, et d'autre part (Macfayden) toutes les espèces ne sont pas détruites par le suc gastrique. L'existence des gastrites phlegmoneuses suffit à prouver qu'il y a des espèces pathogènes dans l'estomac.

« Le *dentiste*, ajoute W. Hunter, qui, actuellement, fait tant de dentisterie conservatrice pour son patient, et qui dépense dans ce but tant d'habileté professionnelle, qui observe tant de conditions défectueuses de la bouche, résultant de la carie et de la nécrose dentaire, qui, du haut de son expérience, peut reprocher au médecin praticien la méconnaissance de ces conditions défectueuses, le dentiste, « encapera » une dent avec une couronne, il posera un appareil à pont, il appliquera un appareil de prothèse, la couronne en or sur une dent malade et noirâtre, le bridge de façon à établir un espace resserré et inabordable favorable à la pullulation des micro-organismes entre lui et la gencive ; l'appar-

reil de prothèse qui sera indéfiniment porté sans autre nettoyage que le brossage qui, trop souvent, recouvrira de sales chicots nécrosés et septiques, et qui parfois est si mal adapté que plutôt que de l'enlever de temps en temps le patient aime mieux le laisser « *pousser dans la gencive* », « *the patient allows them to grow into the gums* ».

Le reproche est sévère, mais il dit assez à quels points les *dentistes*, non médecins, ignorant les conséquences de la septicité buccale, que par leur manque d'instruction ils contribuent à entretenir, sinon à installer, sont un danger pour la santé publique. Nous croyons avoir apporté les preuves suffisantes de cette vérité que : « tout dentiste doit être médecin », et que : « tout médecin doit connaître la pathologie des dents ».

II°) ARGUMENTS

HISTORIQUES

II°) ARGUMENTS HISTORIQUES

Si nous nous reportons à ce qu'était la chirurgie dentaire aux temps anciens, nous voyons qu'avec Hippocrate, père de la médecine, Celse, Galien, et beaucoup d'autres, elle n'était rien moins que la *stomatologie* de nos jours. L'art dentaire proprement dit n'existait pas, ou plutôt il existait tout entier dans la médecine, comme toutes les autres spécialités et dans les mêmes proportions. Ainsi la « *stomatologie* », selon l'heureuse appellation d'Andrieu, englobait déjà l'art dentaire, et son origine est ancienne.

Dans son histoire nous distinguerons :

1° *Son histoire législative ;*

2° *Son histoire scientifique, avec : Ses adeptes. — Sa littérature. — Ses institutions.*

Nous l'étudierons plus particulièrement en France où elle évolue d'une façon évidente, et à l'étranger

où son évolution est parfois chose faite et le Docteur en Médecine exigé des Chirurgiens-dentistes.

Historique de la Législation française. — Jusqu'au moyen-âge on ne trouve pas de textes de loi concernant les dentistes. En 1614, puis en 1699, une réglementation met sur la même ligne les dentistes, les oculistes, les renoueurs d'os, les lithotomistes, et défend à tous également de prendre d'autres titres que celui « d'experts » dans leur spécialité respective. En 1768 un édit institue un examen devant le Collège de Chirurgie pour obtenir le titre d'expert.

Mais la *Révolution* (mai 1791) déclare libre l'exercice de toutes les professions — Les Universités, les Facultés, les Corps savants sont supprimés. La nécessité de les rétablir est alors créée par Fourcroy : « L'anarchie la plus complète a pris la place de l'ancienne organisation, dit-il au corps législatif dans l'exposé des motifs de la loi du 19 ventôse an XI, la vie des citoyens est entre les mains d'hommes avides autant qu'ignorants. L'empirisme le plus dangereux, le charlatanisme le plus éhonté, abusent partout de la crédulité et de la bonne foi. Les campagnes et les villes sont également infestées de charlatans qui distribuent les poisons et la mort avec une audace que les anciennes lois ne peuvent plus réprimer... »

La loi du 19 ventôse an XI fait cesser toute distinction entre les médecins et les chirurgiens. Elle

crée les Docteurs en Médecine et les Officiers de santé.

Art. I. — ...Nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien, ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi.

Art. II. — Tous ceux qui obtiendront le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de Docteurs en médecine, ou en chirurgie ou celui d'Officiers de santé ».

La loi ne spécifiant pas si l'Art dentaire faisait partie des « diverses branches de l'art de guérir », la question fut controversée et résolue diversement par la Cour de Paris et la Cour de Cassation. Cette dernière décréta le 23 février 1827 : « que celui qui se bornait à exercer la profession de dentiste n'était pas soumis à l'obligation de se munir d'un diplôme ». La Cour de Paris, au contraire, tenait le raisonnement suivant : « L'art du dentiste, qui exige des connaissances diverses en médecine et en chirurgie, notamment celle de l'anatomie et de la pathologie de la bouche, fait évidemment partie de l'art de guérir ; au surplus, d'après les anciens règlements, la profession de dentiste était considérée et réglée comme une partie de la chirurgie ».

La Cour d'Amiens, désignée comme Tribunal de Renvoi, arrêta le 26 juin 1846 que : « s'il est théoriquement vrai que l'art du dentiste, considéré *in extenso*, soit à l'art de guérir ce que la partie est au tout, il est également vrai que la profession d'un

dentiste peut se concevoir restreinte à des actes matériels tels que l'extraction des dents, la fabrication et la pose des dents artificielles... — ...qu'en conséquence la loi de ventôse an XI n'est point applicable aux dentistes ».

Est-il besoin de faire ressortir l'erreur qu'il y avait à croire qu'une extraction de dents n'était point un acte chirurgical et que la pose de dents artificielles ne pouvait avoir d'inconvénients pour la santé générale ? L'étude de la septicité buccale naturelle ou acquise et entretenue par des prothèses mal faites, nous a prouvé le contraire. Nous savons aussi qu'on peut mourir d'une dent par infection, hémorragie, etc...

Ce dernier arrêt consacrant une erreur au point de vue médico-chirurgical, a fixé définitivement la jurisprudence du libre exercice de la profession dentaire, et on voit assez à quels points l'art dentaire fût à tort détaché des autres spécialités médicales où, sous le terme de « *stomatologie* », nous voulons aujourd'hui le rattacher.

Les conditions du développement historique de la profession dentaire créent, dès lors, au sein même de la masse de ceux qui l'exercent, des divergences d'opinions touchant à l'orientation à donner à l'éducation du futur *dentiste*. — Les uns considèrent qu'il doit de toute nécessité être médecin d'abord et estiment que la *stomatologie* n'est rien moins qu'une spécialité médicale aidée d'une technique particulière. — Les autres, tout en reconnaissant ce que

l'odontologie doit à la médecine, estiment qu'elle est une branche du rameau principal, qu'elle est devenue et doit rester une spécialité autonome de par sa technique même, cette technique étant actuellement prépondérante au point d'absorber sinon toute l'activité, du moins la meilleure partie de l'activité du praticien.

C'est en 1889 que fut vraiment repris le projet de réglementation, par une loi, de la profession dentaire. Il aboutit à la *loi du 30 novembre 1892* (art. II). Lorsqu'on étudie le texte de cette loi et surtout quand on lit le projet primitif et la discussion qui s'en suivit, on y trouve la tendance et même la volonté arrêtée d'attribuer à la profession de chirurgien-dentiste un caractère médical. Voici textuellement rapportées les observations de Brouardel, commissaire du gouvernement : « Nous définirons l'exercice de la profession (celle des dentistes) *par la faculté donnée aux personnes munies de diplômes ou d'autorisations de traiter habituellement, journellement, des maladies de la bouche, de la muqueuse buccale et des dents*. Ainsi les dentistes et les chirurgiens seraient des hommes instruits qui connaîtraient très bien les maladies de la bouche et qui *pourraient traiter, non pas seulement les maladies de la dent seules, mais aussi les maladies des gencives, de la muqueuse buccale en général et même jusqu'à un certain point les maxillaires* ».

N'avons-nous pas là une définition très exacte de la stomatologie, telle que nous la concevons au-

jourd'hui dans son objet et ses limites ? — Et s'adressant aux membres du Parlement qui, déjà, proposaient et réclamaient l'obligation pure et simple du Doctorat en Médecine (séance de la Chambre du 18 mai 1892), Brouardel déclarait : « Le titre de Chirurgien-dentiste, comme autrefois celui d'Officier de santé, ne pourra être qu'un titre *provisoire*. Nous sommes au début d'une réglementation nouvelle. Il est certain que nous arriverons bientôt à l'état où se trouvent l'Allemagne, l'Autriche et d'autres pays. En Autriche, où les examens n'ont pas été abolis comme en France au commencement du siècle, on n'a maintenant que des Docteurs comme Dentistes ».

Dans « *l'Exercice de la Médecine et le Charlatanisme* », il écrivait : « L'article 2 n'est pas destiné à durer bien longtemps, il sera considéré comme insuffisant. Nous verrons se produire pour les Dentistes l'évolution que j'ai exposée au sujet des Officiers de santé. A mesure que les études de Chirurgien-dentiste deviendront plus sérieuses, elles atteindront progressivement celles de Docteur en Médecine ; plus ces deux branches d'études se rapprocheront, plus le nombre des Chirurgiens-dentistes ira en diminuant ; *j'espère que dans vingt ou trente ans nous serons arrivés au résultat souhaité et que tous les Dentistes, ou presque tous seront Docteurs...* » Ailleurs il dit encore : « L'article de loi qui régit les Chirurgiens-dentistes n'est pas parfait, tant s'en faut, mais je le répète, nous devons considérer

l'état actuel comme une période de transition dont la durée sera courte ».

Tout commentaire ne pourrait qu'affaiblir de telles assertions. Nous ajouterons toutefois que la loi de 1892 accordait bien au Chirurgien-dentiste un rôle médical (sur lequel nous reviendrons d'ailleurs) puisqu'elle lui accordait le droit de *faire des anesthésies générales* et de *formuler des ordonnances*. Le dentiste est donc un médecin praticien de par la loi de 1892, qu'il le veuille ou non. Les décrets de 1909 portant de 3 ans à 5 ans les études dentaires, n'ont rien modifié au principe de la loi de 1892. — Les dentistes n'en seront pas plus instruits, puisque les portes de la Faculté de Médecine et de l'Hôpital leur restent fermées ; sauf toutefois pour passer leurs examens. C'est peu !

Si les décrets de 1909 sur l'enseignement dentaire ont marqué le pas, sinon amené un recul dans l'évolution de la stomatologie, les décrets de 1912 sur la réorganisation des études médicales l'ont tout simplement *intronisée* à la Faculté de Médecine.

Jusqu'à là inconnue des médecins ; parce qu'elle n'était pas, soi-disant, du domaine de la médecine, il n'en était pas fait la moindre mention dans les programmes, les concours et les examens.

Aujourd'hui, c'est exactement l'inverse ; la *stomatologie* a conquis un droit de cité. Il semble même qu'elle ait une prééminence marquée sur ses sœurs aînées : la laryngologie, la dermatologie, l'ophtalmologie, etc..., puisque ces spécialités restent englo-

bées dans le cadre de la pathologie et de la thérapeutique générales, et ne sont point l'objet d'interrogations spéciales au 5^e examen du Doctorat; comme l'est la stomatologie.

Il y a là, à notre avis, un fait évident qui marque l'importance que les législateurs ont voulu attacher à la stomatologie. Nous constatons le fait, sans y insister davantage. Nous dirons au chapitre de l'enseignement ce qui reste à faire pour compléter cette évolution de la stomatologie à la Faculté de Médecine.

La guerre (pour nous en tenir aux données de l'histoire), nous a apporté une preuve nouvelle de « l'unité » de la médecine en contribuant pour une très large part à faire évoluer l'Art dentaire vers la *stomatologie* jusqu'à l'incorporer en elle.

Oserait-on nier l'œuvre des *stomatologistes*? — Prothésistes et Chirurgiens tout à la fois, ils ont su tirer de l'usage de la lime et du scalpel les merveilleux résultats qui se lisent sur les figures « au moins acceptables » de beaucoup de nos glorieux mutilés. — Leur collaboration étroite, avec d'habiles manœuvriers ou mécaniciens, (qui se comptaient souvent parmi les dentistes, il faut le reconnaître) et avec les Chirurgiens les plus distingués, a vraiment consacré l'unité de la stomatologie et de la grande Chirurgie. — La stomatologie est bien une *spécialité médico-chirurgicale*. — Cette symbiose nécessaire du prothésiste et du chirurgien réalisée dans le stomatologiste qui est l'un et l'autre tout à

la fois, avait été mise en lumière par Claude Martin: De simple dentiste on sait à quel rang de stomatologiste, devenu membre de l'Académie de Médecine, sut s'élever « *cet homme de génie* », qui voulant agrandir son domaine de praticien « vite apprend notre art et conquiert le diplôme de Docteur » (Helme).

Histoire scientifique

Stomatologistes et Dentistes. Leurs œuvres. Leurs institutions. — L'histoire de la Chirurgie dentaire en France, nous montre que la France est bien le berceau de « l'idée médicale » de « l'idée stomatologique » — Elle apparaît de bonne heure ; mais son évolution est retardée par une législation coupable et souvent rétrograde.

Le vrai père de la stomatologie fut Fauchard. Dans son traité mémorable « *des dents et du Chirurgien-dentiste* » il apporte (en 1728) la lumière dans la pathologie buccale. « J'ai parcouru son œuvre, nous dit Helme (1), et je le trouve non seulement parfait dans sa spécialité, mais encore bien supérieur à la plupart des médecins de son temps. Il regrette, et en cela il est bien moderne, que les dentistes ne soient pas médecins ».

(1) Presse médicale, 27 Décembre 1913.

Jourdain (en 1778) publie son célèbre livre sur « les maladies Chirurgicales de la bouche et des parties qui y correspondent ». Talma, docteur de Paris (fils ou neveu du célèbre tragédien) s'en fut à Bruxelles, où il devint le père de la stomatologie belge et réclama, en 1843, l'enseignement de l'Art dentaire à la Faculté de Médecine. Delabarre, le premier, institue, en 1817, un cours de *stomatonomie* à l'usage exclusif des médecins. Garengot invente la clef qui porte son nom.

Tous ces auteurs ont traité de l'anatomie, de la pathologie et de la thérapeutique que nous comprenons sous le nom de stomatologie et confondaient (car il ne pouvait en être autrement) l'Art dentaire et la stomatologie c'est-à-dire l'Art dentaire avec la Médecine et la Chirurgie.

Nous en arrivons à une époque plus moderne où l'histoire nous montre combien des hommes, comme Andrieu, Magitot, Cruet, et bien d'autres se sont efforcés de prouver par leurs travaux scientifiques les rapports qui existent entre la plupart des processus morbides de la région bucco-dentaire et la pathologie générale, cherchant à unifier les affections de la bouche à celles des autres parties de l'organisme. — Les définitions qu'ils ont données de la stomatologie et que nous avons reproduites au début de ce travail témoignent assez de leur juste conception de cette nouvelle spécialité qui englobe l'Art dentaire.

En France, l'idée stomatologique est en marche.

Voici plusieurs preuves qui en témoignent hautement :

— Création, par Magitot, en 1888, de la *Société de Stomatologie* ;

— Création, par Magitot et Galippe, en 1894, de la *Revue de Stomatologie* ;

— Création des Dentistes des Hôpitaux (aujourd'hui stomatologistes). A Paris, depuis 1902, ils se recrutent par voie de concours, au lieu d'être admis au choix par l'Assistance publique. « Il est nécessaire d'être Docteur en Médecine ; le grade de Chirurgien-dentiste n'est pas suffisant. » C'est presque la loi de 1892 remaniée !

— Création, en 1913, à l'hôpital de la Tronche, à Grenoble, dans un pavillon attenant au service d'ophtalmologie d'un service de stomatologie, avec lits pour les opérés. — Le stomatologiste et son adjoint sont parfaitement autonomes, mis au rang des autres médecins, chirurgiens et spécialistes et secondés par un externe des hôpitaux. — Il n'est pas besoin de faire ressortir les excellents résultats qu'on peut retirer d'une telle organisation aussi parfaitement adaptée aux besoins de notre époque. Il serait à souhaiter qu'on la trouvât, dans un avenir prochain, dans tous les hôpitaux civils et militaires.

— Le 8 mai 1907, P. Robin fait à l'Hôtel-Dieu de Paris sa première conférence de stomatologie.

— Des stomatologistes obtiennent en Province, à Lyon, Bordeaux, Lille, la création de chaires an-

nexes de stomatologie à l'usage des futurs médecins praticiens auxquels leur enseignement a rendu « un réel service ». (Helme).

Depuis l'application des nouveaux décrets (1909) réorganisant les études médicales, il y a des chargés de cours de stomatologie dans les Facultés de Médecine.

— Création, en 1912, au Val-de-Grâce d'un service de stomatologie et, pendant la guerre, de services de stomatologie et d'édentés.

— En 1906, au Congrès International de Médecine on obtient une section de stomatologie.

— Au premier Congrès de Stomatologie, à Paris, en 1907, Debove, Doyen de la Faculté, préside la séance d'ouverture et dit en propres termes : « Vous avez créé une science où de temps immémorial régnait l'empirisme... Cette journée datera dans notre histoire ».

— Au deuxième Congrès de Stomatologie, en 1911, le professeur Landouzy présidant l'ouverture annonce que : « la Faculté de Médecine a réclamé et obtenu que dans son enseignement didactique, clinique, technique et pratique, large place fut faite à la stomatologie ».

— Le Dr Allaëys, d'Anvers, fonde en 1907 l'*Association Stomatologique Internationale* destinée à faire adopter dans tous les pays l'idée médicale stomatologique.

— Cruet voyant ce que la cause stomatologique pouvait gagner de la réorganisation des études médi-

cales prévues par les décrets de 1909, juge, puisque les Facultés ne veulent rien faire, que l'heure est venue de créer un enseignement à l'usage des médecins voulant se spécialiser. — Avec d'autres stomatologistes, tous Docteurs en Médecine, il fonda en 1910, à Paris, l'*École Française de Stomatologie*.

— Les « *Dentistes* » proprement dits ou « *Odontologistes* », défendant leur « *autonomie* », comme exerçant une profession où la technique est prépondérante sur leurs actes chirurgicaux, ont aussi leur histoire. La création de *Sociétés scientifiques*, de *Syndicats professionnels*, l'institution du *Congrès dentaire* ou d'*Odontologie* et surtout la *création des Ecoles dentaires* en sont des preuves suffisantes.

« Au mois de février 1879, nous dit le docteur Godon, directeur de l'Ecole Dentaire de Paris (1), un certain nombre de dentistes de Paris se réunirent et fondèrent une société dite : « *Chambre Syndicale de l'Art dentaire* », dans le but d'obtenir des pouvoirs publics le vote d'une loi de réglementation.

Un autre groupe fut aussitôt créé deux mois après sous le nom de *Cercle des Dentistes de Paris*, pour combattre l'ingérence de l'Etat dans l'exercice de la profession, réclamée par les Médecins-dentistes, et pour procéder à la réforme de l'Art dentaire en France par la seule initiative des dentistes. Cette nouvelle société se mit aussitôt à l'œuvre et en no-

(1) Code du Chirurgien-Dentiste 1893 par Ch. Godon et Roger.

vembre 1880 la première Ecole dentaire française était fondée sous le nom d'Ecole dentaire de Paris, dite Ecole de la rue Rochechouart.

Trois ans plus tard, en janvier 1884, la Chambre syndicale de l'Art dentaire devenue l'Institut Odontotechnique fondait à son tour l'Ecole dentaire de France, dite Ecole de la rue de l'Abbaye.

Ces Ecoles dentaires qui n'ont pas peu contribué au relèvement de l'Art dentaire en France, seront peut-être maintenues... ».

Il existe actuellement trois écoles dentaires à Paris, une à Lyon, une à Bordeaux et une à Lille.

Evolution à l'Etranger de l'Art dentaire vers la Stomatologie

La science moderne, a montré toute la justesse et toute l'importance de l'idée stomatologique non seulement en France, mais à l'étranger. — En Autriche-Hongrie, en Italie, en Belgique, dans le Portugal, en Roumanie, en Bulgarie, nous voyons que les dentistes se recrutent uniquement dans le corps médical. — L'Amérique, l'Angleterre, l'Allemagne, longtemps rebelles à l'idée médicale, s'y rallient de plus en plus.

En *Autriche-Hongrie*, c'est depuis 1873 que les dentistes qui, jusque là, pouvaient exercer libre-

ment, sont tenus d'être Docteurs en médecine. — A Budapest a été fondée l'*Ecole de stomatologie* qui a coûté à l'Etat 600.000 francs. Elle est pourvue d'une installation absolument remarquable permettant un enseignement rationnel, scientifique et technique, réservé aux seuls médecins. — Ce n'est pas une de ces « écoles de charpenteries » dont parle Talbot de Chicago à propos des écoles dentaires d'Amérique.

Les diverses sociétés dentaires ont fondé en 1902 : « La *Fédération centrale des stomatologistes autrichiens* ». — Par un décret ministériel du 22 décembre 1906, les termes de « *stomatologie* » et « *stomatologistes* » sont les seuls officiels, remplaçant les dénominations « d'*Art dentaire* » de « *dëntisterie* » d'« *odontologie* » et de « *dentiste* ».

En *Italie*, d'après la loi de 1889, l'Art dentaire est assimilé à l'Art médical, d'où l'obligation pour le dentiste d'être Docteur en Médecine (1). — En 1908, à Milan, a été fondé par souscription des stomatologistes italiens « l'*Institut stomatologique Italien* » qui fait partie de ces organisations post-universitaires nommées : « *Instituts cliniques de perfectionnement* ». Tous les professeurs et élèves doivent être Docteurs en Médecine et tout le domaine stomatologique y est enseigné. — La *Stomatologia*, organe de la Fédération des Dentistes d'Italie, a été créé

(1) Godon. — Code du Chirurgien-dentiste.

en 1902. — En 1912, une nouvelle loi sur l'exercice de la stomatologie était ainsi conçue :

ARTICLE PREMIER. — Toute personne qui voudra exercer la stomatologie et la prothèse dentaire devra posséder le diplôme de Docteur en médecine et en chirurgie.

ART. II. — Le Ministre de l'Instruction publique est invité à instituer, près de la Faculté royale de médecine, des cours d'odontologie et de prothèse dentaire avec professeur autorisé, et approbation du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

ART. III. — Cet article prévoit un examen pour les dentistes exerçant depuis 8 années au moins, à partir de 21 ans.

ART. IV. — Cet article prévoit une autorisation spéciale pour les dentistes exerçant depuis 15 ans, après leur majorité.

En Belgique, jusqu'au traité de Paris (30 mai 1814) qui détacha la Belgique de la France, le système français reste en vigueur. Il est modifié en 1818 par la loi qui abandonne aux Commissions médicales le règlement des conditions pour l'obtention du diplôme de dentiste. Aucune instruction spéciale ne règle, comme pour les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les droguistes, les limites de l'exercice de la profession.

En 1899, par un arrêté modifiant les conditions d'accès au diplôme de dentiste, on peut dire que le diplôme de dentiste en Belgique est en réalité sup-

primé, jusqu'à ce qu'une nouvelle loi sur l'art de guérir fixe officiellement la nécessité du Doctorat en Médecine pour tous les dentistes.

Grâce à la propagande dans l'opinion médicale et dans l'opinion publique, par la *Société belge de stomatologie* et la *Revue belge de stomatologie*, le projet de loi devant consacrer une fois pour toutes l'obligation du Doctorat en Médecine, a été déposé devant la Chambre par le Ministre de l'Instruction publique, en 1911. — A Louvain, en 1909, était créée la première chaire de stomatologie, qui consacrait l'enseignement de la stomatologie dans les facultés belges. — L'*Institut belge de stomatologie* a été créé à Bruxelles en 1912 pour donner aux seuls médecins et étudiants en médecine un enseignement complet de la stomatologie.

Nous rappelons que c'est en Belgique qu'est née l'idée de l'« *Association stomatologique internationale* » avec le Dr Allaëys, d'Anvers. La première séance eut lieu à Paris en août 1907.

Au Portugal, en 1911, le Gouvernement a décrété que seuls les médecins seront admis désormais à pratiquer l'Art dentaire et qu'un cours de stomatologie (et non d'ontologie) serait créé dans les Facultés de Médecine.

En Amérique, où on ne compte pas moins de 45 à 50 écoles dentaires, la stomatologie évolue rapidement. — C'est que là aussi, la nécessité, le besoin

d'une instruction médicale générale, se fait extraordinairement sentir. — Dans les journaux dentaires on voit l'évolution se produire. Jadis, ces journaux n'étaient consacrés qu'à des questions de pratique pure ; aujourd'hui, sur une demi-douzaine d'articles, on en trouve facilement trois qui traitent, avec tous les développements qu'ils méritent, des sujets d'anatomie-pathologique, de bactériologie, de physiologie, etc... du domaine de la stomatologie.

Traitant, en 1900, de l'opinion du monde scientifique des Etats-Unis sur l'enseignement et la législation dentaires, le D^r Gires (1) nous apprend que l'instruction générale des étudiants dentistes est jugée insuffisante par les doyens des écoles dentaires : Kirke, Barrett, etc. — Taft, de Cincinnati, dit : « Un enseignement spécial n'a pas de valeur, si on n'exige pas des étudiants une instruction générale aussi complète que possible. Pour la profession de dentiste comme pour celle du droit et de la médecine, le progrès est en raison de la préparation ». — Le D^r Eames déplore que les dentistes n'aient pas une connaissance plus étendue des relations de la santé générale avec les maladies et le traitement des dents. Et le D^r Gires résume ainsi l'opinion des professeurs américains :

« 1° Il est nécessaire d'exiger des étudiants dentistes une instruction préliminaire solide.

2° Il serait désirable que l'instruction médicale

(1) Rapport sur l'instruction dentaire à l'étranger, 1900.

du dentiste soit égale à celle du médecin de façon à faire de la profession dentaire une spécialité de la médecine au même titre que l'ophtalmologie, la gynécologie, etc.... ».

Si nous prenons le « Dental Cosmos » de ces dernières années nous y trouvons une série d'articles où les corrélations intimes entre la septicité buccale et les maladies générales sont étalées au grand jour. Un article intitulé « *le prochain quart de siècle en dentisterie* » (Dental Cosmos, décembre 1918) nous démontre que les esprits éclairés ont résolu de donner, aux chirurgiens-dentistes, une plus large formation médicale pour leur éducation dentaire : « Le jour où on connaîtra l'importance pour l'humanité du développement de la dentisterie, celle-ci augmentera toutes les années jusqu'au jour où elle deviendra l'un des plus importants, sinon le plus important champ d'action spéciale dans l'étude de la médecine. — Il faut avoir de très bons cours pour préparer l'étudiant parce que l'individu manquant d'instruction générale sera incapable et non qualifié pour fournir le travail exigé. Un quart de siècle ne se passera pas sans que l'on exige un cours préparatoire de quatre années et même que tous les gradés en dentisterie soient tenus d'obtenir d'abord le Doctorat en Médecine ». — L'opinion du professeur Darby, qui depuis 41 ans est dans l'enseignement dentaire, est la suivante : « Mon opinion est que le jour n'est pas éloigné où l'étudiant dentiste devra être gradé médecin et ce sera le Docteur

en Médecine, car cela doit être. Il faut 4 ans pour les études dentaires, il faut 4 ans pour les études médicales, et le médecin a un grade qui lui permet d'exercer toutes les branches incluses dans la Médecine. Les professions médicales et dentaires se rapprochent graduellement et la séparation entre elles est si légère qu'avec le temps elle disparaîtra. Les relations entre celui qui étudie la Médecine et celui qui étudie la Chirurgie dentaire seront des plus intimes ; et ce doit être ainsi, pour des raisons qu'il est inutile d'énumérer ».

Le premier grand succès officiel de l'idée médicale évoluant en Amérique, « *Cette forteresse inviolée de l'autonomie dentaire* » comme les odontologistes la nommaient parfois, ce fut en 1910 la décision de l'Etat de Virginie : « A partir de 1914, plus personne ne sera admis à pratiquer l'Art dentaire sans posséder le diplôme de Docteur en Médecine ». — Cette décision a force de loi. — Elle est un signe du temps et une preuve indéniable du progrès immense accompli par l'idée stomatologique.

Il convient de signaler, que la grande *American Medical Association*, possède depuis plus de 10 ans une *Section of stomatology*.

En Angleterre, la médecine fut libre jusqu'en 1858. A cette date la loi « *Medical Act* » fixa la possibilité pour ceux qui le désireraient, de conquérir un diplôme de Médecin-praticien. Il en fut de même pour les dentistes de par la loi « *Dentist Act* » qui fixe pour eux la possibilité d'obtenir dans les éco-

les dentistes une licence de Chirurgie-dentaire L. D. S. leur conférant le titre de Chirurgien-dentiste. Mais en principe la profession est libre. Les étudiants dentistes ont la même instruction pour rentrer à l'Ecole dentaire, que celle requise aux étudiants en médecine pour rentrer à la Faculté. Les cours de médecine et examens sont communs aux deux catégories d'étudiants, et les examens passés par les étudiants dentistes leur sont acquis dans le cas où ils veulent prendre un diplôme de médecin et de chirurgien.

Donc, en *Angleterre*, le dentiste est de par ses études un stomatologiste... incomplet.

Les journaux professionnels anglais, comme les journaux américains, prouvent par leurs articles scientifiques, la pénétration en Angleterre de l'idée stomatologique.

En *Suisse*, le mode d'instruction est le même qu'en Angleterre ; et là aussi un pas reste à faire. — Il convient de signaler qu'en 1913, une loi tendant à créer un Doctorat en Chirurgie dentaire était à l'étude.

En *Allemagne*, comme en Angleterre, la législation est telle que le praticien non diplômé peut tout faire à condition de ne pas usurper de titre. L'Art dentaire est libre et le diplôme est facultatif. Il y a trois catégories de dentistes :

Le Zahnartz : Médecin dentiste ;

Le Zahnkünstler : Dentiste artiste ;

Le Zahntechniker : Dentiste technicien

Plusieurs écoles dentaires, dont une à Berlin, l'autre à Leipzig, donnent l'enseignement au nom de l'Etat.

« La législation dentaire en Allemagne ne se préoccupe donc pas des intérêts ou de la santé publique, mais se préoccupe uniquement de défendre des titres variés et les privilèges en échelle des catégories de spécialistes qu'elle a créés. Mais en Allemagne même un parti stomatologiste s'est heureusement levé qui n'accepte pas cette situation, et s'est constitué pour réagir fortement et courageusement contre l'oppression d'une loi inique en communion avec l'Association stomatologique internationale ; et la stomatologie, sous l'impulsion vigoureuse d'éminents confrères, dont l'action se fait déjà sentir à Dresde et ailleurs, ne tardera pas à prendre le développement qu'on a pu suivre en France et qui a déjà produit les résultats qu'on connaît (1) ».

L'histoire de la stomatologie, tant en France qu'à l'étranger, nous prouve amplement que la stomatologie est en marche, que son avènement est fatal dans les pays où il n'est pas chose faite.

Nous déplorerions pour notre part que la France qui est bien le « berceau de la stomatologie » avec les Fauchard, les Andrieu, Magitot, Cruet, etc... se laissât devancer par les pays qui l'entourent.

(1) La Stomatologie à l'Etranger. Cruet (R. de S. Mars 1911).

III°) Arguments tirés
de la
Médecine professionnelle

1°) Egalité de titres entre tous les dentistes

L'unité de la Médecine, comme l'a dit Galippe, est un dogme fondamental qui ne se discute même pas : « *ou on la connaît toute, ou on l'ignore toute* ».

La stomatologie est une spécialité médicale, Nous croyons l'avoir suffisamment démontré jusque là par des preuves scientifiques et historiques. — Donc, *tout dentiste, je dirai plus volontiers, tout stomatologiste doit être médecin.*

On ne concevrait pas qu'il soit délivré de *diplômes spéciaux* pour les maladies de la jambe ou du pied, comme si la jambe ou le pied ne faisaient pas partie de l'organisme tout entier. Eh bien, on ne peut concevoir sans le même illogisme, qu'il existe un diplôme pouvant permettre les opérations les plus dangereuses sur la bouche sans qu'il soit nécessaire d'être médecin.

Aujourd'hui tout le corps médical accepte cette idée. De même les dentistes qui sont sincères et font abstraction de tout égoïsme et de toute partialité, n'hésitent pas à vous répondre, si vous le leur demandez, que c'est d'abord à la Faculté de Médecine qu'ils

enverront après leur baccalauréat leurs fils ou neveux devant prendre leur profession. La vérité va de l'avant.

Le public, ou plutôt le patient lui-même, devant les actes opératoires d'un dentiste, s'étonne qu'il ne soit pas médecin. Aussi, comme pour se donner confiance à lui-même, il appelle bien souvent son dentiste : « Docteur ! »

Donc un *diplôme* spécial pour les dentistes et pour eux seuls est *parfaitement* insuffisant, sinon nuisible et dangereux.

Il ne peut être question d'obliger les Docteurs en Médecine à se pourvoir du Diplôme de Chirurgien-dentiste pour exercer l'Art dentaire, ce que réclament les « autonomistes » ou « odontologistes » (1).

Une telle revendication est inadmissible ; car il n'y aurait dès lors pas de raison, pour que les sages-femmes dans une « inattaquable logique » (1) ne réclament pour les Médecins accoucheurs l'obligation du Diplôme de sage-femme.

L'unification des titres est nécessaire, c'est incontestable, mais elle ne peut se faire que par en-haut, c'est-à-dire que par l'obtention pour tous les médecins et spécialistes, stomatologistes compris, d'un seul titre celui de Docteur en Médecine. C'est ainsi que la profession de Dentiste sera unifiée à la Médecine de la seule manière qui convient.

(1) Cf. Bulletin d'adhésion de 1919, à la « Profession Dentaire », du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France.

(2) Deux votes, par Fargin-Fayolle. Revue de Stomatologie. Juin 1910.

L'unification ne peut être faite par en bas, c'est-à-dire qu'on ne peut créer un *Doctorat en Chirurgie dentaire* que réclament les odontologistes comme titre unique et obligatoire. Il n'y aurait pas de raison qu'on ne concède parallèlement un diplôme de Doctoresse aux sages-femmes (qui d'ailleurs s'empresseraient peut-être de le réclamer). — Le fait de donner à un dentiste ou à une sage-femme un titre de Docteur ou de Doctoresse ne leur conférerait pas les connaissances générales en Médecine et en Chirurgie, réclamées par le consensus général. Donc, que le dentiste qui veut être médecin fasse sa médecine.

Le Doctorat en Chirurgie dentaire créerait d'ailleurs auprès du public une ambiguïté, une équivoque coupable, dont, soit dit en passant, ont sû bénéficier certains dentistes-étrangers, en implantant en France un Doctorat en Chirurgie dentaire, qui n'avait rien du Doctorat en Médecine Français. Ces titres étrangers ne peuvent que créer la confusion et l'erreur dont certains dentistes français seraient heureux de bénéficier à leur tour.

D'ailleurs en France même, certains pharmaciens acquièrent le diplôme de Chirurgien-dentiste et le Doctorat en pharmacie. Le terme de Docteur est placé devant leur nom et s'ils mettent la mention : pharmacie, ou Docteur en pharmacie, c'est le plus souvent en dernière analyse, après tous leurs autres titres ou entre parenthèses.

La Faculté des Sciences de Paris délivre depuis 1912 un titre de Docteur, ce qui est un autre sub-

terfuge dont peuvent user certains dentistes. — La lettre suivante expose les tentatives de quelques-uns d'entre eux :

« Monsieur le Président de l'Union des Syndicats,

« Je viens soumettre à l'Union des Syndicats médicaux en France, dont vous êtes le président, les faits suivants :

« Imitant l'Ecole de pharmacie, la Faculté des Sciences de Paris, dans le but de rendre service à quelques personnalités, a imaginé de leur procurer le grade de *Docteur de l'Université de Paris*, en leur faisant faire un stage dans ses propres laboratoires et une thèse résumant leurs travaux.

« En deux années, on est docteur. Aucune condition d'âge, de grade ou de nationalité n'est exigée.

« Je vous adresse ci-joint le programme qui vous prouvera qu'après une année d'études, le candidat peut obtenir le *Certificat d'études supérieures*, et ensuite le diplôme de *docteur*, un an après. Total : deux années d'études.

« Les Chirurgiens-dentistes ne pouvant obtenir d'équivalences pour devenir Docteurs en médecine, et se voyant refuser la création d'un doctorat en chirurgie dentaire, mais voulant, envers et contre tous, devenir tout de même *docteurs*, s'adressent à la Faculté des Sciences de Paris : vingt-cinq d'entre eux sont déjà inscrits.

« Il faudrait tâcher de fermer cette porte entre-bâillée par laquelle le flot passera bientôt pour nous inonder d'une nouvelle foule de docteurs fabriqués en deux ans, alors qu'il nous faut au moins sept années pour obtenir notre grade de Docteur en médecine.

« Le Syndicat que j'ai l'honneur de représenter me charge de prier l'Union des Syndicats médicaux de France d'intervenir au plus tôt près des pouvoirs publics (Ministre de l'Instruction publique, Conseil de l'Université de Paris) pour faire cesser un état de choses qui crée une injustice criante et qui lèse le corps médical tout entier.

« Veuillez agréer....

D^r Ch. FARÉ,

« Président du Syndicat général des Docteurs
Médecins-Dentistes français ».

Le Corps Médical tout entier s'élève contre un tel état de choses et de telles aspirations. En voici un témoignage :

« Le III^e Congrès des Praticiens, réuni à Paris en avril 1910, s'élève contre la création de tout titre nouveau de Docteur et en particulier contre la création du titre de Docteur en Chirurgie-Dentaire ».

Déjà le II^e Congrès des Praticiens, réuni à Lille, en 1908, avait voté à l'unanimité le principe de l'obligation du titre de Docteur en médecine pour l'exercice de l'Art dentaire.

Le 20 novembre 1912, en fin de séance, l'Amicale des Elèves et anciens Elèves de l'Ecole dentaire française, rédigea le procès-verbal suivant :

Les membres de l'A. E. D. F. considérant :

1^o Que les polémiques discourtoises et les dissentiments qui existent entre les odontologistes et les stoma-

lologistes ne peuvent que nuire au bon renom de la profession ;

2° Qu'il paraît inadmissible, à moins d'intransigeance ou de questions personnelles, que les deux partis en cause ne puissent s'entendre ;

Considérant, d'autre part, que l'orientation des études dentaires vers le doctorat paraît être la seule solution leur permettant d'exercer leur profession avec toutes les prérogatives qu'elle comporte, autorisent leur Président et les membres du bureau à faire, au nom de l'Amicale, toutes les démarches utiles en ce sens.

Cette égalité de titre entre tous les dentistes, réclamée même par les jeunes générations de dentistes, est bien une nécessité ; l'unification des titres devant se faire par un seul, à l'*exclusion de tous les autres* (y compris les Doctorats étrangers) : le *Doctorat en médecine français*.

II°) La lutte contre l'envahissement de la profession

Elle est encore dans la thèse que nous soutenons, dans la nécessité a) du Doctorat en Médecine pour exercer la profession dentaire, devenue la stomatologie, b) de la suppression du Diplôme de Chirurgien-dentiste qui vouera les écoles dentaires à une disparition fatale.

D'après la loi de 1892 le recrutement des Ecoles

dentaires fut tel, qu'elles permettaient l'accès à la profession dentaire d'un nombre de jeunes gens... et de jeunes filles de plus en plus considérable ; au point que ceux-là mêmes qui les ont créées s'en sont alarmés. Ils ont provoqué les décrets de 1909 qui, en augmentant les difficultés d'admission et la durée des études (5 ans au lieu de 3), ont eu un résultat évident... mais peut-être momentané et tout au moins insuffisant.

Sous la loi de 1892, les élèves recrutés par les écoles dentaires avaient : soit le *Certificat primaire*, c'était le plus grand nombre ; soit, plus rarement, le *Certificat d'études primaires supérieures* ; soit, exceptionnellement, le *Diplôme de bachelier*.

Les décrets de 1909 ont exigé : le *Certificat d'études primaires supérieures*, le *Brevet supérieur de l'enseignement primaire*, le *Diplôme de bachelier*. — Toutefois, le *Diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles* est admis pour l'inscription. Est-ce à ce privilège que nous devons attribuer l'augmentation très sensible du nombre des jeunes filles dans les Ecoles dentaires, ou au fait de la guerre surtout ? Nous constatons le fait, sans le discuter.

Les décrets de 1909 ont eu pour résultat de faire baisser la courbe du nombre des admis aux Ecoles dentaires. Mais ce résultat paraît-il encore éphémère, illusoire...

La guerre a entâché d'erreurs toutes les statistiques sur lesquelles nous aurions pu nous faire une opinion exacte. — Quoiqu'il en soit, la pléthore était constatée en 1912 par M. Bonnard, professeur à

l'Ecole dentaire de Paris, auquel nous empruntons les lignes suivantes : « Deux choses dans le décret du 11 janvier 1909 ont été réclamées par le *Groupe ment Fédéral des Syndicats Dentaires de France*, le baccalauréat et le stage de prothèse.

« Le premier devait donner aux futurs dentistes une plus grande culture intellectuelle, plus en rapport avec l'avancement de la science odontologique, le second une plus grande habileté manuelle. Ils devaient, l'un et l'autre, mettre un frein à la pléthore meurtrière à laquelle les écoles d'enseignement professionnel ont amené la profession » (1) (sic).

Les dentistes, craignant l'envahissement de leur profession, continuent à réclamer le baccalauréat. Comme il serait plus simple, nous semble-t-il, de satisfaire les uns et les autres et de servir la cause scientifique et sociale en exigeant d'emblée le Doctorat en Médecine !

Du jour où le baccalauréat serait exigé, il se passerait ce qui s'est passé en Belgique, le Diplôme de Docteur en Médecine serait en fait exigé jusqu'au jour où une loi le déclarerait obligatoire. En attendant, les Ecoles dentaires verraient leur abandon, constaté après les décrets de 1909, s'accroître, au point de déterminer fatalement leur disparition ou leur transformation en Ecoles de stomatologie comme dépendances directes de la Faculté de Médecine.

(1) Conséquences du stage, (Monde dentaire, novembre 1912).

« Les Ecoles dentaires, d'après Talbot, chantent leur chant du Cygne ».

La profession appellerait donc à elle quelques étudiants en médecine, au lieu de recruter toute une pléiade de jeunes gens et de jeunes filles qui ne connaîtront jamais la médecine et ne seront jamais des cliniciens comme tout dentiste cependant doit l'être, d'après les exigences modernes de la science et de la société.

« Mais, nous objectera-t-on, le nombre des médecins augmentera au point que la pléthore dans la spécialité stomatologique sera tout autant à redouter ? »

A cela nous répondrons que les stomatologistes, de par leur instruction générale, de par leurs relations, de par leur titre, etc..., développeront considérablement le champ d'actions de la profession. Ils instruiront le public par des conférences sur la nécessité de l'hygiène buccale et des soins dentaires à apporter dans les écoles, dans les casernes, etc... Ils comprendront enfin la nécessité de soigner la pyorrhée alvéolaire pour laquelle l'extraction n'a été que trop considérée jusque-là, par le plus grand nombre des dentistes, comme l'unique remède. Voici, à ce sujet, l'opinion de Talbot dans son livre sur la « gingivite interstitielle, » c'est-à-dire la pyorrhée-alvéolaire : « Les dentistes se plaignent de l'encombrement de leur profession ; s'ils entreprenaient de soigner les pyorrhéiques, il y aurait place actuellement pour un nombre de dentistes dix fois plus considérable ».

« Du jour où les choses se passeront ainsi, nous

dit J. Tellier, le nombre des cas de traitement augmentera encore en vertu d'une loi générale que nous n'avons pas à préciser, touchant les relations proportionnelles entre les choses employées et les hommes employants (professions diverses, moyen de transport, échange, etc...). »

Nous avons vu les Américains nous dire que, du jour où on connaîtrait les conséquences des affections buccales, on en serait tellement effrayé, que la stomatologie se développerait au point de devenir la première spécialité médicale.

L'envahissement de la profession est-il dès lors tant à redouter ?

III°) Elargissement du Champ d'investigations des Médecins dont la pléthore est à redouter

Capdepon, lors de sa nomination de Président de la Société de stomatologie, en 1910, s'exprimait ainsi : « C'est une science singulièrement prenante que la *stomatologie*. En raison même de sa nouveauté, elle offre un champ d'explorations plus vaste que celui d'autres spécialités plus anciennes. Chacun peut espérer encore y faire une ample moisson d'observations inédites, de réflexions originales, d'applications imprévues. Nulle branche de la médecine n'offre plus de diversité, ne touche à tant de questions, ne soulève tant de problèmes, comme le di-

sait Magitot ; elle est « un art d'application », mais les connaissances qu'on peut lui appliquer sont vraiment infinies. Elle touche à la pathologie générale et à la biologie par les phénomènes morbides ou physiologiques dont la bouche est le siège ; elle éveille tous les problèmes de l'hérédité, de l'anatomie comparée, de la paléontologie, de l'anthropologie par les modifications morbides ou évolutions que l'on peut observer sur le système dentaire. Par la prothèse et l'orthodontie, elle confine à la mécanique et se réclame des opérations les plus subtiles de la géométrie, tout en respectant les lois de la physiologie, parce qu'agissant sur des corps vivants. Pour le côté technique des obturations et des restaurations, elle suppose connues les propriétés physiques et chimiques de certains métaux et exige de ses adeptes d'allier sans cesse l'adresse de l'orfèvre à l'habileté du céramiste. Et je ne parle pas des applications de l'histologie, de la bactériologie, ni de celles, plus nouvelles de la radiologie, qui deviennent chaque jour plus nombreuses ».

Les médecins trouveraient donc dans cette nouvelle spécialité médicale un champ d'investigations, de recherches de toutes sortes dans tous les domaines de la médecine, de la chirurgie et de la prothèse restauratrice. Elles aboutiraient certainement à des découvertes et à des travaux intéressants et peut-être des plus conséquents pour l'humanité. La bouche, nous l'avons vu, est une porte d'entrée à de multiples affections, dont l'origine est restée trop longtemps insoupçonnée. Des esprits avisés et pré-

parés par des connaissances étendues, doivent s'y attarder et s'y appliquer à de multiples recherches, qui seront d'autant plus fécondes, que le vaste champ d'action qui s'offre à eux est plus vaste.

Les preuves scientifiques que nous avons ébauchées ne demandent qu'à être contrôlées, c'est-à-dire renforcées ou détruites par des observations bien prises, avec un grand sens clinique, un esprit scientifique et dégagé de tout empirisme.

La stomatologie, du jour où elle sera vraiment une spécialité médicale, exercée que par des médecins, sera un débouché intéressant pour tous ceux qui se sentiront favorisés par quelque habileté manuelle.

Un de nos amis, interne des hôpitaux, nous disait un jour : « J'aime mieux avoir à couper une jambe que d'avoir à extraire une dent, car je suis toujours sûr d'avoir ma jambe et jamais sûr d'avoir ma dent ». Ceci nous traduit que chaque spécialité a ses difficultés et que la stomatologie a les siennes. Mais elle s'apprend aussi bien que toute autre spécialité : la laryngologie, l'ophtalmologie, par exemple, où l'habileté manuelle rentre toujours pour une grande part. Et nous estimons qu'il n'est pas plus difficile d'extraire le filet nerveux d'une dent ou de placer un bridge que de faire un cathétérisme d'un uretère, d'opérer une cataracte ou un polype des cordes vocales. Nous affirmons qu'un *médecin* peut s'élever rapidement au rang et aux aptitudes d'un dentiste car : « la main exécute d'autant mieux que le cerveau conçoit plus clairement ». De plus, il sera toujours un bon *clinicien*, ce qui, dans l'exercice de la

profession, est reconnu, aujourd'hui, comme une qualité primordiale.

Donc la stomatologie est une spécialité médicale non seulement accessible aux médecins, mais qui leur revient de plein droit. « Il faut chercher à rendre aux médecins une partie de l'« art de guérir » dont ils se sont volontairement privés et qui, au point de vue utilitaire, peut apporter un soulagement à la crise médicale en faisant entrer dans la répartition un nombre important de situations honorables » (1).

IV°) Elévation de la Morale et du niveau professionnel L'autorité du dentiste rehaussée

Du jour où le dentiste s'élèvera au rang de stomatologiste, il sera un spécialiste comme les autres, un médecin comme les autres. Il aura sa place dans la société, dans toutes les organisations médicales et œuvres sociales, dans les hôpitaux, les facultés, les concours, comme ses collègues spécialistes et au même titre qu'eux. Quoi de plus naturel, puisqu'il exercera dès lors une vraie spécialité médicale, en offrant les mêmes garanties que celles exigées à tout autre médecin ? Il gagnera en prestige moral.

(1) D. Beltrami. — Communication faite à la Société Médicale des Praticiens. (Mai 1911).

Voilà l'évidence même, et son autorité s'accroîtra d'autant.

Les conditions difficiles de son évolution ont jeté la profession dentaire dans une situation pénible, qui la fit longtemps considérer par le public et le corps médical comme une profession tout-à-fait en dehors de la médecine. Elle était un métier où la partie mécanique tenait la plus grande place, le côté médical étant considéré comme inexistant ou, tout au moins, secondaire.

Or, la loi de 1892 a reconnu officiellement le caractère médical de la profession en conférant aux dentistes le droit de faire des anesthésies générales et de formuler des ordonnances. Mais surtout, des stomatologistes tels qu'Andrieu, Magitot, Cruet, etc... ont établi, par leurs travaux scientifiques, les corrélati^ons des maladies de la bouche avec la santé générale. Aussi la stomatologie s'est-elle élevée au rang de spécialité médicale, qui ne doit plus être exercée que par des médecins.

L'égalité de titres permettra au stomatologiste une meilleure collaboration avec ses collègues médecins et chirurgiens qui le tiendront dès lors en considération et ne le traiteront plus en « parent-pauvre » et presque en « paria » comme le fait était pour le dentiste non médecin.

Le dentiste est au stomatologiste ce que l'adjudant est à l'officier. C'est pourquoi Cruet, demandant le Doctorat en médecine devant la Commission sénatoriale des réformes médicales en 1909, a pu dire : « Mais par cela seul qu'il (le dentiste) n'est pas mé-

decin, qu'il ne le sera jamais, vous aurez simplement rendu plus douloureuse sa situation ; vous en aurez fait un adjudant qui ne deviendra jamais officier. Et cette différence est un monde ». Cruet ne croyait pas que l'avenir, dans la guerre, donnerait autant de valeur à son affirmation...

Les dentistes militaires, depuis leur création, en 1916, avec le grade d'adjudant, n'ont pu obtenir d'être nommés officiers, qu'à raison d'une cinquantaine, et cela, après l'armistice. — C'est peu, et ce fût peut-être un peu tard ! — Cette situation sociale, dans le civil comme dans le militaire, explique le désir ardent de tous les dentistes (voués par leur titre bâtarde, à une telle méconnaissance de leurs services et de leur rôle en général), d'arriver au grade de docteur en médecine. — Pour beaucoup, jeunes encore, et pour tous les étudiants, il en est peut-être temps.

Nous avons dit avec quelle autorité et quelles compétences les stomatologistes, au cours de la guerre, ont su collaborer avec les meilleurs de nos chirurgiens, et aboutir à des résultats remarquables qui n'ont pas été sans influencer favorablement le monde médical et le public sur la valeur de cette spécialité nouvelle : la *stomatologie*. Elle a su conquérir une vraie place aux côtés de ses sœurs aînées : l'ophtalmologie, la laryngologie, etc... Dès lors, tout le monde sait et admet que le stomatologiste, qui n'exclue pas le dentiste, mais l'incorpore, est bien un médecin.

Comme nous laissons loin derrière nous cette

pléiade de dentistes qui, par routine ou intérêt, ne veulent voir dans leur profession qu'un métier purement mécanique, et se refusent, malgré tous les raisonnements et malgré l'évidence même, à admettre qu'ils font actes de médecin à propos de chacun de leurs actes opératoires et prothétiques mêmes !

Or les stomatologistes, c'est-à-dire les dentistes élevés au rang de médecins, auront à cœur de conserver cette dignité, cette considération qui s'attachent non seulement à un titre, qu'aucun n'a pu égaler, celui de Docteur en médecine, mais encore à une des plus nobles fonctions : celle de soulager et de guérir. Ils tiendront, en particulier et surtout, à faire disparaître ce côté « mercantile » commercial de la profession dentaire, que trop de dentistes, par des procédés préjudiciables, entretiennent et développent jalousement. D'ailleurs, que constatons-nous à l'heure actuelle ?

Le stomatologiste n'a qu'une plaque d'entrée indiquant son titre de Docteur et sa fonction de Chirurgien-dentiste ou mieux de stomatologiste, et il réussit. C'est qu'il s'impose auprès de sa clientèle, par ses connaissances générales, son sens médical et clinique qui ne s'acquiert que dans les hôpitaux, son éducation, tout ce bagage scientifique et moral en un mot qui lui crée une notoriété évidente sur ses concurrents non médecins.

Les dentistes (nous sommes loin de généraliser), trop souvent, éprouvent le besoin de se livrer à une réclame éhontée. Les places publiques et les avenues nous montrent des enseignes (parfois lumineuses !)

traduisant l'existence d'officines dentaires aux titres bizarres et commerciaux, qui s'étalent et attirent l'œil du patient. Elles ont un caractère vraiment charlatanesque et déplacé. — Nous ne dirons rien des réclames en 3^e et 4^e pages des journaux, non moins blâmables, et qui jettent un discrédit regrettable sur une profession qui paraît être un commerce, sous prétexte de prothèse (l'éternel argument, un peu usé) alors qu'elle doit être *médicale* avant tout. Nous croyons l'avoir suffisamment démontré.

D'ailleurs toute cette basse réclame, tout ce tapage, n'enraye pas l'exode de la clientèle du cabinet du dentiste qui s'y livre, par esprit de lucre et peut-être par dépit, pour celui du stomatologiste. — Le fait s'explique par cette supériorité qu'aura toujours le stomatologiste sur le dentiste comme le médecin accoucheur dominera toujours la sage-femme.

La science domine l'erreur, ou du moins l'insuffisance, elle détrône toujours l'empirisme. C'est pourquoi le stomatologiste s'impose à l'opinion et à la confiance du public qui comprend et reconnaît aujourd'hui, aussi bien que le corps médical tout entier, la nécessité d'être Docteur en médecine pour exercer cette branche de l'art de guérir qu'est l'Art dentaire, disons plus exactement : la stomatologie.

« Pour aborder un autre ordre d'idées, a dit Cruet, si je me place à un point de vue particulier et élevé, j'ose dire que la moralité des stomatologistes, pris en masse, dépasse celle des dentistes non médecins ; par cette excellente raison que les premiers ont reçu une instruction et une éducation beaucoup plus dé-

veloppées que les seconds, que cette première culture essentielle s'est considérablement accrue par les études médicales proprement dites, et par toutes les études adjacentes que celles-ci exigent. Il est donc naturel que la moralité s'élève, dans la classe médicale, à un degré où elle ne saurait exister chez les dentistes, qui ont manqué de culture première et même seconde, et sont restés comme inachevés » (1).

C'est dans le même esprit que Monsieur le professeur Cazeneuve (2) a pu dire récemment devant le Sénat : « Il ne s'agit pas seulement pour la jeunesse de se spécialiser, il faut qu'elle ait l'esprit large et élevé. Elle ne l'aura que par la culture générale ». L'obligation des études médicales complètes s'impose donc, une fois de plus, pour le *dentiste*, dès lors *stomatologiste*.

V°) Les clients y gagneront

L'étudiant stomatologiste, de par l'organisation que nous envisageons en fin de ce travail, recevra un enseignement médical et spécial complet. La fréquentation des hôpitaux, des cliniques et des laboratoires de prothèse lui permettront d'être un *spécialiste complet*, offrant par conséquent auprès du

(1) Cruet devant la Commission Sénatoriale des Réformes médicales. (Revue de Stomatologie, Août 1909).

(2) La crise de l'enseignement. (Séance du 10 avril 1909).

malade qu'il traitera, toutes les garanties professionnelles reconnues aujourd'hui nécessaires.

Il vaut mieux savoir reconnaître des plaques muqueuses, déceler une tuberculose au premier degré à l'occasion d'une décalcification dentaire constatée et en rapport avec d'autres symptômes prémonitoires de cette terrible affection, que de savoir placer en bouche une prothèse coupable. Ce « monument en or », selon l'expression des dentistes américains, entretiendra peut-être la pire des septicités buccales. Le malade pourra être fier de ce bijou qu'il aura dans la bouche, mais ne se doutera pas malheureusement du danger qu'il lui constitue.

Le dentiste doit être un médecin avant d'être un commerçant de couronnes et de-bridges. Voilà ce que nous dicte la conscience et non la routine et l'intérêt, ces deux ennemis de la science et de la logique.

Nous avons dit les dangers des complications d'origine buccale parfois très graves et qu'il faut savoir prévenir à temps. — Nous signalerons les dangers inhérents à toutes les anesthésies générales et même locales, à l'emploi des médicaments et des poisons que peut ordonner un dentiste.

Toutes ces preuves nous permettent de conclure que du jour où, un médecin a parfaitement conscience de ses responsabilités de médecine générale ou spéciale, il est un parfait spécialiste. Ses clients trouvent auprès de lui une sécurité indiscutable : le souci médical étant et devant être toujours le premier guide de toutes ses interventions opératoires et prothétiques.

IV°) ARGUMENTS

LÉGISLATIFS

ARGUMENTS LÉGISLATIFS

1°) La Loi du 30 Novembre 1892

Article I^{er}. — « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un Diplôme de Docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'un examen subi devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat ».

Par cet article, l'officiat de santé établi par la loi du 19 ventôse, an XI, était supprimé. Mais, une sorte d'officiat de santé était créé sous le nouveau pseudonyme de Chirurgien-dentiste, au moins en ce qui concernait l'exercice de l'Art dentaire, par l'article II de la même loi, ainsi conçu :

Article II. — « Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un Diplôme de Docteur en médecine ou de Chirurgien-dentiste. Le Diplôme de Chirurgien-dentiste sera délivré par le Gouvernement français, à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après un avis du Conseil supérieur de l'instruction public et d'examens subis

devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat ».

Les dentistes diplômés ne sont donc pas *médecins*. Mais, nous l'avons vu, Brouardel, agissant comme commissaire du gouvernement, réserve l'avenir médical de la profession aux seuls médecins. Le texte de la loi nous le prouve. Elle prévoit en effet pour pouvoir exercer la profession de dentiste, soit, *et en premier lieu*, le Diplôme de Docteur en médecine, soit, *en second lieu seulement*, celui de Chirurgien-dentiste.

Devant le Parlement, Brouardel parlè « des nombreux accidents survenus dans les cabinets de dentistes, qui prouvent combien sont considérables les transformations subies par l'Art dentaire. L'emploi du chloroforme, de la cocaïne, de l'arsenic, peut donner la mort » (1). Il fait ressortir le caractère provisoire de *pure transition*, d'un tel projet de loi qui acheminera la profession vers son unité avec la médecine.

Le Chirurgien-dentiste n'en acquerrait pas moins, sous le couvert, sous l'estampille officielle de son Diplôme bâtard, le droit de faire, à chaque instant de sa profession, actes de médecin et de chirurgien ; d'administrer les anesthésiques de toute sorte, et tous les poisons *par ordonnances régulières*.

a) *Dangers de l'anesthésie générale*. — On connaît assez les dangers de l'anesthésie générale à

(1) Godon. Code du Chirurgien-dentiste, page 57.

l'éther, au chloroforme, au protoxyde d'azote, au chlorure d'éthyle même, pour qu'il soit besoin d'insister sur la nécessité d'être rompu à leur emploi par des études médicales complètes et une pratique clinique suffisante.

Les dentistes, il est vrai, se font souvent assister d'un médecin pour pratiquer l'anesthésie générale. Mais, de ce que le fait n'est pas une règle, n'est pas rendu obligatoire, il reste vrai que beaucoup de dentistes diplômés ont administré impunément pendant des années les anesthésiques généraux les plus dangereux jusqu'au jour où leur incompétence coûtait la vie de quelque patient.

Cet appel au secours d'un médecin n'est-il pas la meilleure preuve de leur insuffisance ? N'est-il pas des cas où il faut agir vite, pour prévenir un phlegmon grave, une angine de Ludwig, sans attendre un médecin ? L'omission, autant que l'ignorance du danger, peuvent être pires que le mal lui-même.

b) *Dangers de l'anesthésie locale.* — Sans doute, l'emploi de plus en plus répandu des anesthésiques locaux a diminué les dangers de l'anesthésie générale.

Mais, est-ce à dire que l'emploi des injections de substances alcaloïdiques, dont la puissance toxique est énorme, telles que la cocaïne, la suprarénine, la morphine, n'est pas sans danger et sans grands inconvénients pour la santé des patients livrés aux dentistes ? La susceptibilité individuelle, suivant l'état, la perméabilité de tel ou tel organe demande

une perspicacité scientifique et médicale qu'on ne peut exiger d'un quelqu'un qui n'a pas fait sa médecine tout entière. Nous disons, tout entière, car la Médecine est *une*, ou on la connaît toute, ou on l'ignore toute. L'étude de l'appareil cardio-vasculaire ne saurait se comprendre sans l'étude du poumon, du foie, du rein, etc... Les nombreux cas de décès par la cocaïne (aujourd'hui très abandonnée) prouvent les dangers qui peuvent résider dans les anesthésiques locaux, et la responsabilité qui s'attache à leur emploi.

c) *De l'âge limite permettant l'exercice de la Chirurgie dentaire.* — Il n'y en avait pas de prévu dans la loi de 1892 : un jeune homme sortant à 14 ou 15 ans de l'école primaire, pouvait, avec son simple certificat d'études primaires (minimum exigé pour être admis à postuler dans les écoles dentaires le diplôme de Chirurgien-dentiste), obtenir ce diplôme 3 ans après : à 17 ou 18 ans !

Etait donc créée par la même loi cette anomalie bizarre, à savoir :

1° Que les *Docteurs en Médecine*, ne pouvaient pas commettre aucun acte médical, formuler une pilule purgative par exemple, avant 25 ans ; et

2° Que les *Chirurgiens-dentistes*, encore adolescents, mais parce que « diplômés » pouvaient impunément tailler dans le vif de la bouche de leurs patients, et ce qui était surtout dangereux, les endormir avec force anesthésiques, et leur administrer les pires poisons !

Ces dentistes nouveaux, pouvaient donc faire actes

de médecins et de chirurgiens avant même d'être majeurs et en cas d'accident, de faute grave, ce sont leurs parents qui pouvaient être poursuivis. La loi de 1892 couvrait étrangement leur irresponsabilité... leur ignorance...

Tout commentaire affaiblirait la portée de telles constatations.

11°) Les Décrets de 1909

Le Stage de 2 ans, avant les 3 années de scolarité. — Nous avons vu dans quel esprit et dans quel but ces décrets ont été suscités par les dentistes craignant l'envahissement de leur profession et cherchant à en limiter l'accès.

Au point de vue médico-chirurgical les problèmes posés par la responsabilité du Chirurgien-dentiste diplômé, sont restés les mêmes et les dangers aussi. Ces décrets ont porté de 3 à 5 ans les études purement techniques passant sous silence les études médicales, les plus importantes.

Le certificat d'études primaires supérieures étant, d'après l'art. 2, exigé comme titre universitaire minimum pour être admis dans une école dentaire, et l'âge requis étant de 16 ans accomplis, les Chirurgiens-dentistes, avant de pratiquer, seront sans doute moins jeunes. Mais leurs connaissances cliniques et médicales seront toujours aussi insuffisantes malgré les 5 années d'études à faire, c'est-à-dire presque aussi longues que celles de Médecine.

III^o) Réforme de la loi de 1892 (*Art. II*)

La loi nouvelle

La question telle qu'elle se pose actuellement, est envisagée surtout par les jeunes générations de Chirurgiens-dentistes et par les Stomatologistes. — Les premiers comprennent parfaitement la situation difficile à laquelle ils sont voués par leur diplôme « USÉ » et ne correspondant plus ni aux exigences de la science moderne, ni aux aspirations d'un public moins ignorant des choses de la stomatologie. L'ordre du jour adopté à l'unanimité (moins deux voix) par 150 étudiants en chirurgie dentaire, réunis, le 30 juin, 1912 à l'A. G. des étudiants de Paris, l'exprime nettement : « Les étudiants en Chirurgie-dentaire, considérant que l'avenir de la profession évolue vers la médecine, adoptent les trois propositions suivantes :

1^o Suppression du titre provisoire de Chirurgien-dentiste ;

2^o Obligation du Doctorat en Médecine pour l'exercice de l'Art dentaire ;

3^o Ils émettent le vœu que soient étudiées les conditions transitoires par lesquelles les Chirurgiens-dentistes et les étudiants en cours d'études pourront obtenir le grade de Docteur en Médecine ».

L'Union des Syndicats Médicaux a, en 1910, répondu en ces termes, après un vote à l'unanimité,

au *Syndicat des Chirurgiens-dentistes* qui demandait à ce que fût étudiée en commun un projet de revision à la loi de 1892 sur l'exercice de la Médecine :

« L'union des Syndicats Médicaux de France estimant que le diplôme de Docteur en Médecine doit être exigé des spécialistes soignant la bouche et les dents, ne peut participer à la préparation d'un projet basé sur un principe absolument opposé ».

Donc la réforme de la loi de 1892 (art. II) s'impose. Elle est une nécessité réclamée non seulement par l'unanimité des Médecins, mais encore par l'ensemble des nouvelles générations de dentistes qui comprennent l'incohérence des études auxquelles ils sont astreints et l'inanité d'un titre créé par une loi coupable.

La *Nouvelle loi* devra donc déterminer avant tout : l'obligation du Doctorat en Médecine pour tous les dentistes et la suppression du diplôme de Chirurgien-dentiste.

Les termes de « *stomatologie* » et de « *stomatologiste* » remplaceront officiellement ceux d'« *Art dentaire* » et de « *dentiste* » qui, rappelant une époque regrettable d'erreurs et d'empirisme, ont une signification trop restreinte, peu scientifique, et pas assez médicale.

Le titre de « *Docteur* » ne sera valable que s'il correspond au seul titre français de *Docteur en Médecine*, à l'exclusion de tous les autres, de provenance plus ou moins hétérogène ou « *exotique* ».

Les *Mécaniciens-dentistes*, devront se cantonner exclusivement à l'atelier sous peine de poursuite, en vertu de l'art. 16 de la loi de 1892 qui déclare que le délit d'exercice illégal de l'« Art dentaire » constitue le délit d'exercice illégal de la Médecine.

Entre la profession de « *stomatologiste* » c'est-à-dire de *Docteur en Médecine dentiste*, et celle de *Mécanicien-dentiste* il y aura la différence d'un Chirurgien et d'un orthopédiste. Cette différence sera un monde, et constituera une barrière des plus étanches à l'exercice illégal par les *Mécaniciens-dentistes*, que n'arrivent pas à réprimer et à détruire les groupements professionnels de dentistes.

IV^e) Période de transition

La loi de 1892 a créé un titre : celui de Chirurgien-dentiste. Personne et même aucune loi ne peut ni transformer ni supprimer les droits acquis. Par conséquent jusqu'à extinction les Chirurgiens-dentistes subsisteront. Il ne s'en créera plus du jour où la loi sera modifiée.

A titre transactionnel et pendant une période aussi restreinte que possible, on pourra admettre comme auxiliaire du personnel enseignant dans les Facultés de médecine le personnel enseignant des Ecoles dentaires.

V°) L'enseignement

de la Stomatologie

doit être du domaine

de la Faculté de Médecine

L'Enseignement de la Stomatologie doit être du domaine de la Faculté de Médecine

Pour bien connaître et soigner les affections de la bouche qui sont toujours d'ordre médical et chirurgical, il faut être *médecin*. — Ce principe fondamental bien établi et dès lors intangible, nous permet de déduire que seule la Faculté de médecine doit être qualifiée pour organiser l'enseignement de toutes les spécialités médicales, au fur et à mesure que cette nécessité s'impose. C'est le cas pour la *stomatologie*, qui n'exclut pas l'art dentaire qu'elle incorpore tout entier.

L'Etat doit assumer entièrement la grave responsabilité des diplômes qu'il délivre à ceux auxquels il confie une partie de la santé publique. Le dentiste diplômé, nous l'avons démontré, fait acte de médecin et de chirurgien, beaucoup plus que de prothésiste. Il sera donc d'abord *médecin*, *Docteur en médecine*, et deviendra non pas dentiste (terme impropre, désuet), mais *stomatologiste*.

Son instruction sera d'abord *médicale* et en second lieu *technique ou mécanique*.

L'*instruction médicale* théorique et pratique lui sera donnée par les soins de la Faculté de médecine incomparablement organisée pour cela, et au même

titre que pour un laryngologiste, un oculiste, etc...

L'instruction *technique* ou *mécanique* comprendra : la dentisterie opératoire et le travail de prothèse.

La dentisterie opératoire pourra être enseignée dans les services de stomatologie des hôpitaux.

La prothèse que, dans la pratique, le stomatologiste confiera le plus souvent, pour ne pas dire toujours, à son mécanicien, il l'apprendra dans les laboratoires de la Faculté de médecine organisés à cet effet.

Les Ecoles dentaires ont été créées pour donner l'enseignement spécial, que les Facultés de médecine s'étaient toujours refusées à organiser jusque là, comme étant d'un domaine qui leur était étranger. Nous savons aujourd'hui qu'il ne peut en être de même, puisque les derniers décrets de 1912 ont officiellement reconnu et rendu obligatoire l'enseignement théorique et pratique de la stomatologie en 5^e année de médecine.

L'enseignement complémentaire confié à des chargés de cours de stomatologie assure aux étudiants en médecine l'étude théorique de la stomatologie. Mais l'instruction ne peut qu'être très générale, *élémentaire*, et comporter pour le médecin praticien des indications suffisantes pour parer au plus pressé.

Dans les hôpitaux, il existe des services de consultations dentaires, fonctionnant une ou deux fois par semaine et dont l'organisation n'est pas suffisante pour assurer l'enseignement d'étudiants en médecine.

cine voulant se spécialiser. Ces derniers sont donc obligés de s'adresser aux écoles spéciales. Or, que se passe-t-il ? C'est que ces écoles, étant des organes privés, des écoles libres d'enseignement supérieur (décret du 31 décembre 1894), ont leurs conditions particulières qui sont souvent un obstacle infranchissable pour l'étudiant en médecine auquel les sacrifices imposés par les études médicales ont été parfois déjà trop lourds. La porte des Ecoles dentaires leur est donc fermée parce qu'elles ne sont pas des dépendances directes de la Faculté de médecine, d'où nécessité pour cette dernière d'instituer cet enseignement.

**Nécessité pour la Faculté de Médecine
d'organiser elle-même
l'enseignement complet de la stomatologie**

C'est encore aux déclarations de Cruet, devant la Commission sénatoriale des réformes dentaires, en 1909, que nous ferons appel pour faire connaître la nécessité de l'enseignement de la stomatologie par la Faculté de médecine. Cruet déclara : « ...Il faut être médecin, quand on veut exercer une spécialité médicale... — Je veux bien cependant que la raison vraie soit qu'il faut des Ecoles dentaires pour faire l'enseignement spécial, puisque la Faculté toujours se refuse et recule, et que les pouvoirs publics se dérobent. Je n'ai qu'une chose à dire : c'est que

la Faculté, que l'Etat, si vous le préférez, a le devoir étroit de donner cet enseignement qu'il vient d'ailleurs de nous promettre. Mais j'admets vos écoles ; et non seulement je les admets, mais je les préconise puisque les stomatologistes vont en faire une où ils donneront votre enseignement technique et prothétique. Mais il le donneront à des médecins, à des étudiants en médecine : et par là même, leur école sera logique et utile, puisqu'elle fera des spécialistes qui rempliront cette condition primordiale — sur laquelle il ne saurait y avoir de concession de notre part — d'être médecins, avant d'être spécialistes et qui, recevant l'enseignement spécial, répondront au suprême degré, à l'idéal qu'il faut atteindre.

« Mais je veux dire aussi bien haut que le devoir de l'Etat de donner notre enseignement, l'enseignement de notre spécialité au même titre que celui des autres et égal, demeure tout entier...

« Or, la Faculté seule peut assumer ce rôle d'enseigner toutes les parties de la médecine, puisque c'est son but et sa raison d'être et qu'on ne voit pas pourquoi elle aurait des préférences et prononcerait des ostracismes. Et c'est parce qu'elle a manqué à son rôle que s'est faite l'incroyable déviation de notre profession, et de sa véritable conception ».

D'ailleurs Claude Martin, en 1897, dans un discours à la Société des Dentistes du Rhône, faisait déjà ressortir l'intérêt qu'il y aurait à voir l'enseignement dentaire en France s'organiser dans les Facultés de médecine.

« Tout en reconnaissant (disait-il) que parmi les candidats (Chirurgiens-dentistes) un certain nombre est déjà rompu aux détails de la technique, il faut avouer aussi qu'il en est d'autres pour lesquels le peu de temps passé à leurs études professionnelles n'est pas une garantie suffisante pour que l'Etat, qui leur délivre un diplôme, ne cherche pas à l'assurer lui-même, par un examen technique de leur capacité à exercer leur art ».

Cet enseignement officiel gagnerait d'après lui à être adjoint aux Facultés de médecine, et juxtaposé à leur enseignement général, constituant une sorte d'école annexe.

Cet enseignement donné par l'Etat aurait toujours aux yeux du public un autre prestige et donnerait plus de garanties que celui des écoles libres.

Quel pourra donc être le mode d'enseignement à adopter pour les étudiants en médecine, futurs stomatologistes ?

Avant de le faire envisager, il convient de rappeler ce que fût l'enseignement des Chirurgiens-dentistes par les écoles spéciales : écoles dentaires et écoles de stomatologie.

Les Ecoles dentaires en France et à l'Etranger Leur avenir

Les écoles spéciales, dentaires en particulier, ont puisé leur raison d'être dans la loi de 1892 (art. II),

instituant le Diplôme de Chirurgien-dentiste et la corporation para-médicale des dentistes ?

A l'Etranger, les écoles dentaires étaient déjà florissantes, surtout en Amérique. Aussi ces écoles tant vantées par les dentistes français (à tort ou à raison) ont-elles servi de modèles aux écoles françaises.

L'avenir des premières paraît donc devoir être réservé aux secondes. Un article de Talbot, de Chicago, qui eut en Amérique et en France par contre-coup un grand retentissement nous fixera à ce sujet. Il est intitulé « *Chant du cygne et décadence de l'Ecole dentaire en Amérique* ». Nous en extrayons les passages suivants : « Le cygne, d'après le mythe antique, au moment de mourir de vieillesse, chante pour la première fois. Beaucoup de ceux qui défendent l'instruction dentaire chantent leur chant du cygne... »

La question de la décadence de l'Ecole dentaire se présente d'elle-même.

Dans la discussion de ce sujet, je n'ai aucune animosité envers un professeur ou une école. Ma qualité de professeur m'autorise à signaler ces défauts manifestes. Mon but est de voir la dentisterie placée dans le domaine de la science, sur le même pied que les autres spécialités médicales.

Lorsque la première école dentaire fut fondée, l'extraction et la restauration des dents, ainsi que le placement de dentiers, constituaient tout le bagage de la pratique dentaire. Le dentiste était essentiellement mécanicien. Avec un tel programme la Faculté de Médecine refusa de reconnaître cette

spécialité et l'école dentaire autonome fut établie. Ces tendances en même temps que l'animosité née dans l'esprit des professeurs du début envers la profession médicale, et vice-versa, achevèrent la séparation de la dentisterie d'avec la profession mère, pour aboutir à une spécialité mécanique. Cette idée persiste encore dans l'esprit de quelques professeurs de dentisterie... Beaucoup de professeurs d'école dentaire, se plaçant à un point de vue purement commercial, découragent toute manifestation ou orientation de l'esprit dans cette voie, et ne se soucient pas de ce que nos notions de pathologie dentaire se sont développées depuis plus de vingt ans dans le sens de la Médecine générale... Des professeurs se sont contentés de cette conception étroite de la dentisterie, et ne se sont pas tenus au courant du progrès scientifique. Le manque de jugement les empêche d'adopter des idées plus nouvelles, plus larges et meilleures. — Le président d'une université importante, comprenant une section dentaire, disait, en présence du doyen et des membres de la Faculté : « Votre école n'est rien de plus qu'une école de mécanique ». — L'étudiant s'attache au côté mécanique et commercial de la dentisterie, négligeant les questions importantes de l'étiologie et de la pathologie.

La dentisterie, après une période de trente années d'indifférence, doit maintenant se ranger à un des deux partis : ou être mécanique, ou aspirer à des visées plus hautes. L'infériorité de cet enseignement est la conséquence de l'ignorance médicale.

L'enseignement et les démonstrations dans les écoles dentaires se bornent à la réparation de la dent détruite par la carie. Pas un effort n'est tenté dans l'enseignement, dans le sens de la médecine préventive.

Cet état de choses ne peut durer. Si les dentistes ne demandent pas un meilleur enseignement pour leurs élèves, ce que tout le monde sait être nécessaire, les clients chercheront d'eux-mêmes les praticiens les plus capables de diagnostiquer et de traiter les maladies de la bouche, des mâchoires et des dents, et les « charpentiers et plombiers des dents » seront mis à leur place. Une nouvelle ère sera ouverte... un enseignement plus complet sera exigé de nos professeurs.

Nous sommes arrivés en enseignement au croisement de la route. Nous devons décider si nos écoles dentaires doivent demeurer des écoles de mécanique ou élargir leur horizon et comprendre l'étude de la médecine. Que l'étudiant commence par acquérir le diplôme de Médecin et termine ses deux années d'études à l'école dentaire. Tel a été le programme réalisé ici et en Europe. Il faut de plus la fusion des écoles dentaires et médicales sans distinction entre les étudiants ».

Avec Talbot, mais en ce qui concerne les écoles dentaires françaises, il est permis de se demander : si nos écoles dentaires doivent « demeurer des écoles de mécanique ou élargir leur horizon et comprendre l'étude de la Médecine ». Ne chantent-elles pas, elles aussi, leur « Chant du Cygne » ?

D'après Claude Martin « la création des écoles dentaires a constitué un progrès dans l'enseignement national, mais en s'opposant de toutes leurs forces à la création par l'Etat d'un enseignement officiel de l'odontologie, ces écoles ont mieux sauvegardé leurs intérêts que ceux de la Chirurgie dentaire » (1).

Le même mouvement tendant à détenir la totalité des études de stomatologie à l'Université a lieu à l'étranger. Nous citerons comme exemple la Société des professeurs de dentisterie des Universités allemandes qui ayant pour président le Dr Miller de Berlin, adressa pour la seconde fois en 1909, au Conseil Fédéral, une pétition tendant « à ce que le certificat de maturité (baccalauréat) soit exigé et que la totalité des études des étudiants en Chirurgie dentaire se fasse à l'Université ».

Du jour où le diplôme de Chirurgien-dentiste disparaîtra, les écoles dentaires n'auront plus leur raison d'être ; elles disparaîtront fatalement.

Les nouveaux décrets de 1909 ont fait momentanément diminuer le recrutement des écoles dentaires. Quand on exigera le baccalauréat pour y rentrer (ce que demandent instamment les dentistes) les écoles dentaires seront complètement abandonnées pour la Faculté de Médecine. Elles auront du moins servi à franchir cette étape nécessaire qui devait conduire au Doctorat en Médecine pour tous les dentistes.

Avant de pénétrer plus avant cette question de

(1) Lyon Médical, 1897, p. 120.

l'enseignement nous dirons quelques mots de l'Ecole française de stomatologie.

L'Ecole Française de stomatologie

Nous avons vu dans les arguments historiques que Cruet et un certain nombre de stomatologistes, voyant que les décrets de 1909 n'amélioreraient pas le problème stomatologique, envisagèrent la création d'une école de stomatologie, souhaitée par un grand nombre de médecins et d'étudiants en Médecine voulant se spécialiser. Son but et son programme étaient :

1° De donner aux seuls étudiants en Médecine et Docteurs en Médecine, désireux de se spécialiser, l'enseignement de la pratique stomatologique. Condition minimum d'admission : *douze inscriptions* de doctorat, ce qui implique qu'à ce moment l'étudiant a fini son service régulier en Médecine générale et qu'il n'a plus à faire que le stage dans les services spéciaux ;

2° De donner l'instruction spéciale à des élèves temporaires :

a) Cette instruction sera *pratique* pour les médecins ordinaires qui veulent apprendre les soins élémentaires,

b) Elle sera *complète* pour les praticiens spécialistes déjà établis qui désirent très justement se perfectionner, connaître les nouveautés de la profession et se tenir au courant.

« Toute cette classe (d'élèves temporaires), nous dit Cruet, sera naturellement nombreuse. Elle trouvera exactement dans notre école ce que des médecins instruits déjà chercheraient vainement ailleurs ».

L'école française de stomatologie créait donc à Paris l'instruction spéciale que l'Etat et la Faculté de Médecine auraient dû créer.

Dans sa constitution et ses principes, elle reste l'organisation type, pour le jour où une nouvelle loi abrogeant la loi de 1892 et supprimant enfin le Diplôme de Chirurgien-dentiste et ses écoles de diplômes, la Faculté n'organiserait encore rien chez elle. — Là encore l'initiative privée, aurait donné la marche à suivre aux pouvoirs publics.

L'enseignement de la stomatologie dans les Hôpitaux et à la Faculté de Médecine

La Création d'un laboratoire de prothèse à la Faculté de Médecine est nécessaire

L'art. 5 du décret du 29 juillet 1912 modifié par le décret du 1^{er} novembre 1911 est ainsi conçu :

L'enseignement en vue du grade de Docteur en Médecine comprend :

1° Un enseignement *théorique* présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en Médecine ;

2° Un enseignement *technique* donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique ;

3° L'enseignement *clinique* donné dans les hôpitaux.

La stomatologie étant spécifiée aux articles suivants comme devant être enseignée au point de vue *théorique, clinique et pratique*, il n'est pas contestable que la Faculté de Médecine ne soit tenue de parfaire cet enseignement pour permettre à beaucoup de ses étudiants de se spécialiser dans la stomatologie aussi bien que dans toute autre branche de la Médecine.

Qu'a-t-il été fait ? Que reste-t-il à faire ?

1° L'enseignement *théorique* de la stomatologie est donné actuellement à la Faculté de Médecine.

L'enseignement est confié à un chargé de cours pendant un semestre à raison d'un cours par semaine. Il ne peut qu'être élémentaire et s'adresser aux étudiants en Médecine pour lesquels il est obligatoire et sanctionné par un examen. Il serait insuffisant, s'il s'adressait à des spécialistes. Mais il pourrait facilement devenir plus étendu et plus spécial, surtout s'il était complété dans les cliniques des hôpitaux par des conférences, comme celles du professeur P. Robin à l'Hôtel-Dieu de Paris, s'adressant plus particulièrement aux stomatologistes. A l'Hôtel-Dieu, à Lyon, le D^r J. Tellier donne des explications au fauteuil du patient, comme tout chef de clinique au lit du malade.

Une chaire de stomatologie pourrait être créée. Sur la proposition de M. le professeur Bouchard, de Paris, la commission des réformes médicales, en 1909, faillit adopter la réalisation d'un pareil vœu, en votant le principe.

Le besoin d'un agrégé n'est d'ailleurs d'après les programmes et les conditions d'examen aucunement indispensable.

L'art. 24 prévoit que peuvent faire partie des Jurys : les chargés de cours, les suppléants en exercice et les anciens suppléants pourvus du grade de Docteur en Médecine. Les chargés de cours de clinique annexe, prévus par le décret du 26 janvier 1909, peuvent également en faire partie.

II° L'enseignement *Clinique* de la stomatologie avec théorie et pratique opératoire existe dans les hôpitaux sous forme de consultations dentaires ou de services de stomatologie.

Actuellement ces services ne permettent que des soins de première urgence et se limitent aux extractions et aux soins des affections buccales étendues : ulcérations, stomatites, etc.

Du jour où l'organisation des services de stomatologie deviendra suffisante dans les nouveaux hôpitaux, pour les soins à donner aux malades, elle deviendra du même coup suffisante pour l'enseignement clinique de la stomatologie.

Un service de stomatologie devrait comporter un certain nombre de lits pour les opérés devant être hospitalisés.

En outre d'une salle d'opérations et d'une salle

de consultations, il devrait y avoir une salle de dentisterie opératoire. Cette salle comporterait un certain nombre de fauteuils où les étudiants en Médecine, futurs stomatologistes, apprendraient à faire des obturations de toutes natures après traitement minutieux des dents, et placeraient des pièces de prothèse aux indigents.

Pour suffire aux besoins de cet enseignement clinique les consultations pourraient être augmentées et on pourrait adjoindre au stomatologiste titulaire des hôpitaux des stomatologistes adjoints qui se recruteraient par voie de concours ou seraient choisis parmi le personnel enseignant des écoles dentaires ou des écoles de stomatologie.

Les étudiants pourraient suivre au chevet des malades hospitalisés les complications parfois très graves d'origine buccale et le résultat des interventions du stomatologiste, chef de service, ou de ses adjoints.

La stomatologie clinique serait ainsi enseignée au même titre que l'ophtalmologie, pour le plus grand bien des malades et le meilleur profit pour les étudiants.

En territoire occupé nous avons vu personnellement ces deux services être réunis dans un même pavillon de spécialités.

III° L'enseignement *technique* de la stomatologie, celui de la prothèse, pourrait être aisément organisé dans les vastes locaux de la Faculté de Médecine.

Un simple laboratoire, qui serait dirigé par un

chef de travaux, choisi parmi les mécaniciens-dentistes les plus renommés, serait facilement organisé, à notre avis, avec des frais relativement minimes. Les étudiants en Médecine voulant se spécialiser pourraient y travailler dès leurs stages de médecine générale terminés c'est-à-dire après leur 12^e inscription.

En deux ans, l'étudiant stomatologiste arriverait à des connaissances suffisantes de la prothèse pour apprécier ses difficultés sans avoir la prétention de pouvoir les vaincre toutes par lui-même ; car pour être un bon mécanicien, de l'avis des praticiens-dentistes les plus autorisés tels que Claude Martin, il faut 10 à 12 ans de pratique. Or un stomatologiste, nous l'avons démontré, doit être avant tout un bon *clinicien* et un bon *opérateur*. Il ne peut avoir les mains d'un chirurgien et celles d'un forgeron ! Il préparera donc le membre amputé à recevoir une prothèse, dont il réservera l'exécution à un bon mécanicien travaillant dans son laboratoire.

La Faculté de Médecine doit donc créer un laboratoire de prothèse pour permettre à bon nombre de ses étudiants qui le réclament instamment, une instruction complète de la stomatologie. Celle-ci leur réserve un bel avenir et une place dans la société non moins honorable que toutes les autres spécialités médicales.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Nous croyons avoir démontré que « la profession de Chirurgien-dentiste doit être exercée uniquement par des Médecins ». Nous résumons nos arguments dans les propositions suivantes :

I. — Il est nécessaire de connaître la pathologie générale et la thérapeutique médico-chirurgicale, pour faire des opérations et appliquer des traitements nécessités par les affections de la bouche, des dents et des régions péri-buccales dont l'ensemble constitue : la *stomatologie*.

La stomatologie est une spécialité médicale, aux mêmes titres que ses sœurs aînées : l'ophtalmologie, la dermatologie, la laryngologie, etc...

II. — L'évolution de l'Art dentaire se fait dans à peu près tous les pays et nous démontre que, de plus en plus, on en arrive à exiger le Doctorat en Médecine avant toute spécialisation. En Amérique, en particulier, où l'hygiène et les soins de la bouche sont très développés, l'évolution de la stomatologie est évidente et paraît devoir être rapide.

La France « berceau de la stomatologie » ne doit pas rester en retard.

III. — En exigeant le Doctorat en Médecine :

a) Il y aura égalité de titre entre tous les dentistes qui seront dès lors stomatologistes.

b) La lutte contre l'envahissement de la profession et surtout contre l'exercice illégal de l'Art dentaire par les non-diplômés (les mécaniciens-dentistes en particulier), sera rendue plus facile.

c) Le champ d'investigations des médecins se trouvera élargi et la pléthore sera moins à redouter.

d) Les dentistes, tous stomatologistes, verront leur profession définitivement classée et élevée au rang des autres spécialités médicales. Par leur autorité, leur valeur scientifique et morale, ils s'efforceront dès lors de le lui garder.

e) La sécurité du client sera complète, puisque ne pourront commettre actes de médecin que des Docteurs en Médecine.

IV. — La loi de 1892 par son article premier créait le Doctorat en Médecine. Elle supprimait l'Officiat de Santé. Or, son article II en rétablissait en quelque sorte un autre en créant les diplômés Chirurgiens-dentistes, ce qui fut une anomalie. Ce fut d'ailleurs dans l'esprit des législateurs à titre provisoire et de pure transition entre la profession libre et le moment où on en viendrait nécessairement à exiger le Doctorat en Médecine.

Les Chirurgiens-dentistes, qui ne sont pas Docteurs en Médecine, font actes de Médecins, ayant le droit de faire des anesthésies même générales sans la présence d'un Médecin et de formuler des ordonnances.

V. — Nous réclamons une modification de la loi de 1892 : l'abolition du Diplôme de Chirurgien-dentiste avec cette réserve que, pendant la période de transition qui serait déterminée par la nouvelle loi, les Chirurgiens-dentistes exerçant actuellement conserveraient tous leurs droits.

VI. — La stomatologie étant vraiment une spécialité médicale, il est logique et naturel que son enseignement soit du domaine des Facultés de Médecine, qui doivent en avoir la responsabilité et le contrôle immédiats.

Les Facultés de Médecine qui, dans l'obligation de satisfaire aux exigences des nouveaux programmes de 1912, doivent créer un enseignement théorique et pratique de la stomatologie, n'auraient qu'à parfaire l'enseignement existant et à créer en particulier des laboratoires de prothèse. Ainsi, elles pourraient donner un enseignement complet et suffisant pour les spécialistes en stomatologie.

VU :

Le Doyen,
HUGOUNENQ

Le Président de la Thèse,
Etienne MARTIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 décembre 1919.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAËYS, d'Anvers. — De la fondation de l'A. S. I. — R. présenté à la Session de Paris (6-7 août 1907) de l'A. S. I.
- Aperçu sur l'Histoire de la Société belge de Stomatologie publié à l'occasion du X^e anniversaire de sa fondation. *Revue trimestrielle belge de Stomatologie* (Septembre 1910).
- De la formation du Médecin spécialiste en Stomatologie.
- Organisation des études stomatologiques spéciales à « l'Institut Stomatologique italien », à Milan.
- ALONZO, MILTON, NODINE. — D. D. S. New-York. — Mauvaise digestion, fausse assimilation et leurs rapports avec la carie dentaire (*Dental Digest* 1913).
- AMOËDO. — Art dentaire et Médecine légale (*Thèse de Paris* 1898).
- Identification par les dents des vivants ou des cadavres établie par le dentiste expert.
- ANDRÉ-BONNET. — Histoire générale de la Chirurgie dentaire (1910).
- ARKOVY. — Discours d'ouverture de la 2^e session de l'A. S. I. tenue à Budapest du 29 août au 25 septembre 1909.
- AUDIBRAN. — L'Art du dentiste (Paris 1845).
- AUSUBEL HERMAN. — Ce que notre attitude doit être envers la profession médicale (*Dental Cosmos*, août 1917).
- AUWEL. — Médecine générale et dentisterie (*Dental Cosmos*, 1917, p. 807).
- BAKER T. — Le champ naturel de la dentisterie (*Dental Cosmos*, 1912, p. 694).
- BARDUS A. — L'Angine d'origine dentaire. (*Revue générale de l'Art dentaire*, février 1909).
- Répercussions cutanées des irritations gingivo-dentaires. Congrès de Genève, 1906.
- Douleurs articulaires unilatérales des membres déterminées par l'éruption d'une dent de sagesse (*R. de Chirurgie dentaire*, novembre 1905).
- Hygiène de la mère pendant la grossesse et l'allaitement (*Monde dentaire*, mars 1912).

BONIQUET, de Barcelone. — La Clinique démontre la solidarité pathologique entre la bouche et le reste de l'organisme.

— C. R. au XIII^e Congrès international de Médecine, août 1900.

BOUCHARD A. — Le Chlorhydrate de cocaïne et les dentistes.

BROOMELL, de Philadelphie. — Dentiste ou stomatologiste? (*Dental Cosmos*, novembre 1918).

BROUARDEL. — Le sens médical.

— L'exercice de la Médecine et le Charlatanisme (1899).

— La profession médicale (1903).

CAUMARTIN. — Des dents considérées comme voie d'infection et d'intoxication générale (R. au 1^{er} C. de Stomatologie, Paris, 1907).

CHARLÈT R. — Voici notre programme (*Presse dentaire*, août 1918).

CHASSAIGNAC. — Traité de suppuration, 1859.

COUTURE. — Traitement des pertes de substance du maxillaire inférieur par blessures de guerre. (*Thèse de Lyon*, 1919).

CONTENEAU G. — Les adénites d'origine dentaire (*Thèse de Paris*, 1902).

— Les hôpitaux, l'Ecole et Dispensaire de Paris (*Tribune Médicale* de 1902, nos 6, 9, et 10).

CROS. — De l'utilité de la connaissance de la Médecine générale en Art dentaire (*R. de S.*, 1900, p. 376).

CRUET. — La Stomatologie. — L'Art dentaire et son évolution contemporaine (1907).

— Les experts dentistes doivent être médecins. *Bulletin officiel du Syndicat général des Stomatologistes français* (octobre, novembre, décembre 1913).

— Tous ses nombreux articles scientifiques et de médecine professionnelle parus dans la *Revue de Stomatologie* depuis sa fondation jusqu'en 1913.

DAVID Th. — Article : Dentiste. Dictionnaire : « La Grande Encyclopédie ».

DEBOVE. — Discours d'ouverture du 1^{er} Congrès français de Stomatologie (Paris, 1^{er} août 1907).

DECHANBRE. — Article : Dentiste. (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).

DESPAGNET. — Rapport des affections oculaires et dentaires (*R. de S.*, 1900, p. 351).

DIERICKX. — Les Sinusites (*Gazette Médicate*, 20 août 1913).

DUBRAC. — Traité de Jurisprudence médicale, p. 319, 4, 328.

FARGIN-FAYOLLE. — Les boubourochés (*R. de S.*, 1900, p. 581).

— Deux votes (*R. de S.*, 1910, p. 285).

- FAUCHART. — Le Chirurgien-dentiste (1778).
- FAUCONNIER. — Etude de la Morphologie maxillo-dento-faciale et des méthodes applicables à la réduction de ses irrégularités (Th. Paris; 1915).
- FERRIER P. — Relation de Nutrition entre le squelette et les dents. — Odontocie. — Ostéocie (*Thèse de Paris*, 1900).
— La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée (1906).
- FERRIER J. — Sur l'indication de l'anesthésie générale en Art dentaire. Cocaïne (*R. de S.*, 1902, p. 311).
Usage de l'eau bouillie en boisson. Effets sur les dents et l'état général (*R. de S.*, 1910, p. 144).
- FERRÉ H. — De certaines infections secondaires d'origine buccale (Th. Paris, 1906).
- FICHOT. — Polyarthrites alvéolo-dentaires d'origine rhumatismale et pseudo-rhumatismale (*Province dentaire*, août 1910).
— Réponse au Dr Tellier sur les dangers de la cocaïne (*Province dentaire*, avril 1910).
— De quelques recherches expérimentales de la cocaïne (*Province dentaire*, avril, juin, août 1911).
— Rôle de l'anaphylaxie au cours des anesth. locales (*Province dentaire*, juillet 1912).
- FLEISCHMANN Ch. — Causerie sur la spécialisation en Art dentaire (*Province dentaire*, mai 1912).
La septicité buccale (*Province dentaire*, mai 1913).
- GAILLARD et NOGUÉ. — Traité de Stomatologie (Préface).
- GALIPPE. — Discours de nomination à l'Académie de Médecine (*R. de S.* 1902, p. 177).
- GIRES. — L'instruction dentaire à l'Etranger. Préface par le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris. L'opinion du monde scientifique des E. U. sur l'enseignement et la législation dentaires (*R. de S.*, 1900, p. 67 et 160). Les écoles dentaires suisses (*R. de S.*, 1900, p. 218).
- GODON Ch. — Identité des cadavres par l'examen du système dentaire (Société d'Odontologie, Paris, 1887).
— L'Art dentaire en Allemagne (Odontologie, 1887, p. 194).
— Code du Chirurgien-dentiste (1893).
— L'Ecole dentaire (Thèse de 371 pages, Paris, 1901).
— L'exercice de l'Art dentaire doit-il rester libre en France? et lettre à M. Monod, directeur de l'Assistance publique, 1891 et 1892.
- GORET C. — La Jurisprudence professionnelle des Chirurgiens-dentistes (P. C. Ash, éditeur, Paris, 1914).

- GUERINI. — Importance de l'Hygiène buccale dans la lutte contre la tuberculose (Communication au VII^e Congrès international contre la tuberculose. Rome, 14-20 avril 1912).
- GUYOT. — L'Arthritisme, maladie générale microbienne et transmissible (2^e édition, Paris, 1905).
- HELME. — Notes d'histoire sur l'Art dentaire. A propos du Jubilé de la Société de Stomatologie (*Presse Médicale*, 27 décembre 1913).
- HOPPE. — Sur la présence du bacille tuberculeux dans la bouche (*Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde*, 1893).
- HUNTER WILLIAM. — Oral sepsis as a cause of septic gastritis, toxic neuritis, and other septic conditions (*Practitioner* 1901 et *J. of the British Dental Association*, 1900). Article reproduit dans le *Dental Cosmos* de juillet 1918.
- HURRY J.-B. — The Alpha of malnutrition and the Omega of its effects are found in the mouth (*The Lancet*, 21 nov. 1908).
- ICARD J. — Sur l'organisation de l'enseignement dentaire en France (*Lyon Médical*, 1897, p. 120).
- JACQUET L. — Sur l'origine dentaire (in *Bull. de la Société de Dermatologie* p. 110).
 - Pelade d'origine dentaire (*R. de S.* 1902 p. 224).
 - Zona dorsal droit avec hémihyperesthésie droite consécutive à une poussée éruptive de la dent de sagesse inférieure droite (*Société méd. des hôp.* 1904).
 - Zona ophtalmique d'origine dentaire (*C. de Cherbourg*, août 1905).
- JOURNAL OFFICIEL. — Loi du 30 novembre 1892. Exercice de la médecine et de l'art dentaire.
 - Décret du 31 décembre 1894 sur les établissements libres d'enseignement supérieur.
 - Décret du 22 juillet 1893, fixant les conditions d'études et d'examens pour les Chirurgiens-dentistes.
 - Décret du 11 janvier 1909, réformant les études en vue du diplôme de Chirurgiens-dentistes.
 - Décret du 29 novembre 1911, modifié par celui du 29 juillet 1912, portant réorganisation des études en vue du Doctorat en médecine.
- KIRKE T. de Philadelphie. — Les relations de la Médecine et de la Dentisterie (*Dental Cosmos*, 1904).
 - Qualité plutôt que quantité (*Dental Cosmos*, 1908, p. 580).
 - Education médicale du dentiste (*D. C.*, 1910, p. 34).
 - Enseignement et Culture générale (*D. C.*, 1910, p. 928).

- LANGWORTH. — Problèmes à la limite de la Médecine et de la Dentisterie (*Dental Cosmos*, 1909, p. 700).
- LAVOCAT LÉON. — De quelques anesthésiques locaux employés en Chirurgie-Dentaire (*Thèse de Lyon*, 1911).
- LEBAR T. — Hemi-Angine droite avec hemi-hyperesthésie systématisée droite en rapport avec l'éruption de la dent de sagesse.
- LEGENDRE et LEPAGE. — Le Médecin dans la Société contemporaine (Paris, *Masson*, 1902).
- LERICHE. — Deux cas de mort à la suite d'anesth. au Chlorure d'éthyle (*Lyon chirurgical*, oct. 1912).
- LISFRANC. — Médecine opératoire.
- MARTIN CLAUDE. — Réflexions sur l'organisation de l'enseignement dentaire en France. (In-8° de 22 pages, *Lyon Imprimerie-Stork*, 1897).
— Traitement des Fractures du Maxillaire inférieur (1887).
— Prothèse immédiate dans les réactions du maxillaire inférieur, 1893.
- MARTIN ETIENNE. — L'enseignement de la Déontologie. Leçon d'ouverture du cours de Déontologie et de Médecine professionnelle (*Progrès médical*, juin 1912, p. 317).
Traité de Déontologie (Paris, *Masson*, 1914).
- MILLER. — Les Microorganismes de la bouche (Leipzig, 1892).
- MORACHE. — La profession médicale, 1901.
- NORMAN de Philadelphie. — The Next Quartes Century in Dentistry. (*Dental Cosmos*, décembre, 1918).
- PERRY. — La dentisterie actuelle (*Dental Cosmos*, 1905, p. 795).
- PEYROT. — Considération sur le fonctionnement des services dentaires dans les Hôpitaux.
- PONT A. — L'œuvre du Dr Claudé Martin (*Province dentaire*, Janvier 1910).
— L'anaphylaxie peut-elle provoquer des accidents post. anesthésiques (*Province dentaire*, janvier 1913).
— Prothèse. (Rapport au Congrès de stomato., Rome, octobre 1919).
- PREISWERK-TAGGE. — La cavité buccale et l'organisme. Discours public tenu le 8 mars 1902, à l'Université de Bâle (*Province dentaire*, juin 1912).
- RICHET. — Intoxication putride (*Bulletin de la Société de Chie*, 1865).
- ROBIN PIERRE. — Les progrès de la Stomatologie (Extrait de la *R. S.*, novembre 1905).
Rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents.

- SABATIER. — Contribution à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire (*Thèse de Lyon*, 1903).
- SANTY. — Ankylose bilatérale de l'art. temporo-maxillaire traitée avec succès par la résection double du col du condyle (*Province dentaire*, 15 nov. 1913).
- SEBILEAU. — Des différentes formes de la septicémie buccale (C. R. au Congrès international de Médecine de Paris, 1900).
— Un abcès dentaire suivi de phlébite mortelle de la v. ophtalmique inférieure (*R. de S.*, 1900, p. 103).
- STIFF. — La dentisterie spécialité médicale (*Dental Cosmos*, 1910, p. 563).
- TALBOT, de Chicago. — Chant du Cygne et décadence de l'Ecole dentaire en Amérique (*R. de S.*, 1909, p. 49).
- TELLIER J. — Rapports de l'Odontologie avec les autres branches médicales. (Extrait de la *Province médicale*, 28 nov. et 5 déc. 1897).
— La septicité bucco-dentaire et ses conséquences (Communication au C. de l'A. F. A. S., session de Lyon, 1906).
— Communications au 1^{er} Congrès français de Stomatologie de Paris, 1907.
1^o De la gastrite septique d'origine buccale (forme gastrique de la septicémie bucco-dentaire).
2^o Grossesse et affections gingivo-dentaires.
3^o Du Torticoli dentaire.
— Nécessité de la Méthode dans la science dentaire (*P. D.*, mai 1911).
— La pyorrhée alvéolaire (Maloine 1912).
— La novocaïne en odonto-stomatologie (*P. D.* février-mars 1910).
— La culture du Dentiste professionnel (*P. D.*, mai 1912).
— La spécialisation dans l'exercice de la profession dentaire (*P. D.*, mai 1913).
- TELLIER J. et TELLIER. C. — Contribution clinique à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire (*Lyon médical* et *R. de S.*, 1903).
- TEILLIER J. et DURAND. A. — Septicémie chronique d'origine bucco-dentaire (*P. D.*, janvier 1910).
- VICHOT J. — Régression et pseudo-régression (*Thèse de Lyon*, 1911).
— Des complications buccales infectieuses chez les diabétiques (*P. D.*, juin 1910).
- WEIL W. — De l'exercice illégal de la Médecine, p. 41.

